

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

A. Problem und Ziel

Die demografische Entwicklung mit einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel dieses Gesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

B. Lösung

Mit dem Gesetz werden die strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe auch der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung unterstützt werden. Zudem wird ein Rahmen für die Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gesetzt.

Im Einzelnen:

- Verbesserung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure sowie der Koordination der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten unter Einbeziehung auch der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Rahmen einer an gemeinsamen Zielen orientierten nationalen Präventionsstrategie;
- Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeein-

richtungen insbesondere durch eine zielgerichtete Neustrukturierung der finanziellen Grundlagen der Krankenkassen und der Pflegekassen für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung;

- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und deren engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz;
- Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung;
- präventionsorientierte Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen;
- Förderung des Impfwesens.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1) Bund

Für die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen entstehen ab 2016 Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Millionen Euro jährlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, aus der der Mehrbedarf für Personal- und Sachmittel vollständig zu kompensieren ist, so dass sich netto keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden.

2) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

3) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben und Einsparungen für die GKV verbunden.

Die Anhebung des Ausgabenrichtwertes für Leistungen zur Primärprävention und die Festlegung von Mindestbeträgen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten führt bei den Krankenkassen, deren aktuelle Ausgaben den vorgesehenen Richtwert oder die vorgesehenen Mindestbeträge für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten, zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben von rund 220 bis 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und der Entwicklung der Zahl der Versicherten. Davon entfallen etwa 35 Millionen Euro auf die Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Dem können mittel- bis langfristig erhebliche Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen. Die jährlichen Mehrausgaben

in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Entwicklung der Zahl der Versicherten.

Die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Untersuchung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung. Ebenso hängen die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 26 Absatz 1 SGB V von der Ausgestaltung des Kinderuntersuchungsprogramms durch den G-BA ab, insbesondere von der Anzahl zusätzlicher Untersuchungen. Bei flächendeckender Einführung einer zusätzlichen U- oder J-Untersuchung entstehen den Krankenkassen jeweils jährliche Mehraufwendungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Dem steht ein Einsparpotenzial durch die Vermeidung oder frühzeitige Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

Durch die Ausgestaltung der Regelung zu Bonuszahlungen der Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V als „Soll-Regelung“ können jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich entstehen.

Die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen der §§ 132e und 132f SGB V hängen von der Anzahl der Krankenkassen oder ihrer Verbände ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V schließen. Dem stehen mögliche Minderausgaben der GKV gegenüber, soweit die Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen an die Stelle bereits jetzt durch die GKV finanzierter, von anderen Leistungserbringern erbrachter Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen treten. Insgesamt dürften sich daher die möglichen Minder- und Mehrausgaben für die GKV kompensieren.

Durch Verbesserungen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2016 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Millionen Euro jährlich.

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

Durch die Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung der Hebammenleistungen nach § 24d SGB V können den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages entstehen.

Bei voller Jahreswirkung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte jährliche Mehrausgaben zwischen 250 und 300 Millionen Euro, denen mittel- und langfristig erhebliche nicht bezifferbare Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen.

4) Gesetzliche Rentenversicherung

Der Deutschen Rentenversicherung Bund entstehen jährlich anfallende Mehrausgaben dadurch, dass die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt wird. Die Höhe der Mehrausgaben ist abhängig von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und kann daher noch nicht abschließend beziffert werden.

5) Gesetzliche Unfallversicherung

Der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau entstehen jährlich anfallende Mehrausgaben, dadurch, dass die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt wird. Die Höhe der Mehrausgaben ist abhängig von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und kann daher noch nicht abschließend beziffert werden.

6) Soziale Pflegeversicherung

Die Einführung einer neuen Leistung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Entwicklung der Zahl der Versicherten.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht durch die Informationspflicht nach § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes zusätzlicher Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung abhängt.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die vom G-BA festzulegende Neugestaltung der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 und § 26 Absatz 1 SGB V ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Örtlichen Unternehmensorganisationen kann durch die Mitwirkung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen nach § 20b Absatz 3 SGB V ein geringfügiger nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entstehen.

Der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. entsteht durch die Beauftragung mit der Durchführung eines in der Regel einmal jährlich stattfindenden Präventionsforums nach § 20e Absatz 2 SGB V ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, der anhand der konkreten Festlegungen in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz zu bemessen sein wird und daher noch nicht beziffert werden kann.

Kindertageseinrichtungen entstehen im Rahmen des § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes ein Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung abhängt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Das Gesetz hat keine Auswirkungen auf Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 SGB V entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern sowie der Bundesagentur für Arbeit ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan ausgeglichen. Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen entsteht darüber hinaus auch den Ländern, den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen entsteht durch die Mitwirkung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f SGB V ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan beziehungsweise im Falle der gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der bestehenden Ansätze der Unfallversicherung Bund und Bahn ausgeglichen.

Durch die Teilnahme an den Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 SGB V entsteht den Kommunalen Spitzenverbänden und den repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht durch die Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V ein zusätzlicher Personalaufwand. Näheres wird im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2016 abgestimmt.

Ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 20 Absatz 2 SGB V und § 20a Absatz 3 und 4 SGB V sowie § 20b Absatz 4 SGB V entstehen.

Die Änderung des neuen § 20i SGB V führt zu einer Verringerung des Erfüllungsaufwandes für Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in nicht bestimmbarer Höhe.

Ein nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch die Wahrnehmung seiner Aufgabe nach § 5 Absatz 3 Satz 2 SGB XI entstehen.

Den Krankenkassen sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen entsteht jährlich ein erhöhter nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anhebung des Ausgabenrichtwerts nach § 20 Absatz 6 SGB V, den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 20b Absatz 3 Satz 4 SGB V und die Änderungen der Regelung zu Satzungsbestimmungen zur Gewährung von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entsteht zudem durch den Abschluss von Verträgen nach den §§ 132e und 132f SGB V mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten.

Den Pflegekassen entsteht jährlich ein erhöhter nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Absatz 3 SGB XI.

Ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand kann dem G-BA für eine mögliche Erprobung der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung entstehen.

F. Weitere Kosten

Im Falle einer freiwilligen finanziellen Beteiligung an der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V entstehen der Gesamtheit der Unternehmen der privaten Krankenversicherung jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 18 Millionen Euro und der Gesamtheit der Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 2,7 Millionen Euro.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 11. März 2015

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG
ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 930. Sitzung am 6. Februar 2015 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 4 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung
und der Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG)**

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“
2. Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt:

„§ 2b

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“

3. In § 11 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „zur“ die Wörter „Erfassung von gesundheitlichen Risiken und“ eingefügt.
4. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, such-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher,

dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln und
7. gesund älter werden.

Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

5. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:

„§ 20a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die

Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.

(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

6. Der bisherige § 20a wird § 20b und in Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Betrieb“ die Wörter „sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ eingefügt.
7. Der bisherige § 20b wird § 20c und Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.“
8. Nach dem neuen § 20c werden die folgenden §§ 20d bis 20g eingefügt:

„§ 20d

Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

(2) Die nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

1. die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,
2. die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.

(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

(4) Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Präventionsbericht alle vier Jahre, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des achtundvierzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g und zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Absatz 1 und im Fall des § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung des Präventionsberichts erforderlichen Auskünfte. Das Robert Koch-Institut liefert für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.

§ 20e

Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die

Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.

§ 20f

Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,
5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und
6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.

§ 20g

Modellvorhaben

(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leis-

tungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

(2) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.“

9. Der bisherige § 20c wird § 20h.
10. Der bisherige § 20d wird § 20i und wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 5 wird aufgehoben.
 - bb) In dem neuen Satz 6 werden die Wörter „nach den Sätzen 5 bis 7“ und die Wörter „termin- oder“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.
 - c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sollen vereinfachte Möglichkeiten für die Abrechnung der zu erstattenden Sachkosten vorgesehen werden.“
11. § 23 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „nicht aus“ die Wörter „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „13“ durch die Angabe „16“ ersetzt.
 - c) In Satz 3 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „25“ ersetzt.
12. In § 24d Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.
13. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten“.

14. § 25 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Untersuchungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „die Untersuchungen“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2.“

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsendreißigsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.“

15. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 26

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften des auf das Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3.“

16. § 65a Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“

17. In § 130a Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 20d Absatz 1“ durch die Angabe „§ 20i Absatz 1“ ersetzt.

18. § 132e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „geeigneten Ärzten“ die Wörter „einschließlich Betriebsärzten“ eingefügt und wird die Angabe „§ 20d Abs. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt auch für Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.“

cc) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 20d Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und 2“ ersetzt.

19. Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:

§ 132f

Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.“

20. In § 140f Absatz 2 werden nach der Angabe „§ 91“ die Wörter „und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1“ eingefügt.

21. In § 300 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 20 Absatz 5 wird folgender Satz vorangestellt:

„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist.“

2. Nach § 20a Absatz 3 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel aus dem

Betrag entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen.“

3. § 20b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.“

b) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

„(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4.“

Artikel 3

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 31 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die Träger der Rentenversicherung beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.“

Artikel 4

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 14 Absatz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Arbeitsschutzgesetzes“ die Wörter „und der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. August 2013 (BGBl. I S. 3464) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 16 Absatz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „eingehen“ ein Komma und werden die Wörter „die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken“ eingefügt.
2. In § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „in der Einrichtung unterstützt wird“ durch die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt gefasst:

„§ 5

Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang

einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“

2. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.“

b) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Feststellungen“ die Wörter „zur Prävention und“ eingefügt und wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt.

3. In § 18a Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt und werden nach dem Wort „Maßnahme“ die Wörter „zur Prävention oder“ eingefügt.

4. In § 45 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „mindern“ die Wörter „und ihrer Entstehung vorzubeugen“ eingefügt.

5. Nach § 113a Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen.“

Artikel 7

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 5 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden die folgenden Sätze angefügt:

„Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

Artikel 8

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

In § 34 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Gesetz vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird nach Absatz 10 folgender Absatz 10a eingefügt:

„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Das Landesrecht bestimmt das Nähere, welchen Inhalt der Nachweis haben muss und in welchem Zeitraum vor der Aufnahme die ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Werden nach Satz 1 und 2 auch Informationen zum Impfstatus erhoben, kann das Gesundheitsamt anordnen, dass die Einrichtung diese zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

Artikel 9

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Dies umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“
 - b) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern „Selbsthilfe, zur“ die Wörter „Erfassung von gesundheitlichen Risiken und“ eingefügt.
 - c) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „2a“ durch die Angabe „2b“ ersetzt.
2. Nach § 8 Absatz 2b wird folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) Für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelten der Dritte und der Zehnte Abschnitt des Dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass § 20 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit dort die Aufwendung von mindestens 2 Euro für jeden der Versicherten für Leistungen nach § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, § 20b Absatz 4 und § 65a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht anzuwenden sind.“

Artikel 10

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

§ 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, zur Förderung der Selbsthilfe“ durch die Wörter „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach den §§ 20b und 20c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Leistungen zur Förderung der Selbsthilfe“ und die Wörter „§§ 20a bis 20d Abs. 1 und 3“ durch die Wörter „§§ 20h und 20i Absatz 1 und 3“ ersetzt.
2. In Absatz 2 Nummer 1 wird die Angabe „§ 20d Abs. 2“ durch die Angabe „§ 20i Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 11

Änderung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung

In § 4 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung vom 22. Mai 2014 (BGBl. I S. 586) wird die Angabe „20d“ durch die Angabe „20i“ ersetzt.

Artikel 12

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Die Artikel 2 und 7 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Gesundheit ist die Grundlage für die Entfaltungsmöglichkeiten jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers und ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens. In einer Gesellschaft des längeren Lebens sind gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter von entscheidender Bedeutung. Gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen richten sich an das Verhalten des Einzelnen ebenso wie an die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes. Sie tragen dazu bei, dass gerade lebensstilbedingte Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden, die Menschen gesund aufwachsen und gesund älter werden und ihre Lebensqualität steigt.

Je früher im Lebensverlauf Gesundheitsförderung und Prävention begonnen werden, desto eher können Risikofaktoren wie mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und chronische Stressbelastungen beeinflusst und desto eher kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens insbesondere vieler chronischer und psychischer Krankheiten gesenkt werden. Es ist deshalb besonders wichtig, auch die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, um ein gesundes Aufwachsen schon in der frühen Kindheit aktiv zu befördern und über die verschiedenen Lebensphasen hinweg zu unterstützen. Damit wird auch ein wichtiges Anliegen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen.

Die Bundesregierung hat im Februar 2012 die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ verabschiedet. Sie stellt die aktuellen Herausforderungen und Schwerpunkte in der Drogen- und Suchtpolitik auf eine moderne Grundlage und versteht sich als eigenständige und ergänzende Säule zum Präventionsgesetz. Im Vordergrund der Nationalen Strategie steht die gesundheitliche Prävention als Gemeinschaftsaufgabe für vermeidbare Gesundheitsrisiken durch den legalen und illegalen Suchtmittelkonsum. Übereinstimmend mit den Zielen im Bereich Alkoholkonsum und -missbrauch der Nationalen Strategie und um dem Risikofaktor des übermäßigen Alkoholkonsums Rechnung zu tragen, hat der Kooperationsverbund „*gesundheitsziele.de*“ unter Beteiligung aller relevanten Gruppen 2014 mit der Formulierung des Ziels „Alkoholkonsum reduzieren“ begonnen.

Zudem hat die Bundesregierung bereits 2008 den nationalen Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten beschlossen. In diesem Rahmen sind zahlreiche qualitätsgesicherte Handlungsempfehlungen entwickelt und erfolgreiche Maßnahmen und Projekte durchgeführt worden. Diese sollten im Rahmen der Umsetzung dieses Gesetzes berücksichtigt werden.

Bereits heute fördern die Krankenkassen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in erheblichem Umfang. Sie bieten ihren Versicherten unter anderem Leistungen zur primären Prävention an und unterstützen die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Leistungen der Krankenkassen entsprechen jedoch bislang keinem einheitlichen Qualitätsstandard. Eine nachhaltige Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Krankenkassen erfordert allerdings eine Konzentration auf ausschließlich qualitätsgesicherte und wirksame Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus erreichen die Krankenkassen mit ihren Angeboten derzeit nicht immer diejenigen Versicherten, die den größten gesundheitlichen Nutzen von den Leistungen zur Prävention hätten. Mit dem Gesetz soll daher die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen, etwa in Kindertageseinrichtungen, der Schule, dem Betrieb oder den Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. Damit wird – unabhängig vom sozialen Status der Versicherten – ein niederschwelliger Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten ermöglicht.

Angesichts der kompetenzrechtlich begründeten föderalen Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention bedarf es darüber hinaus einer verbesserten Kooperation und Koordination aller für die jeweilige Lebenswelt Verantwortlichen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Unter Beibehaltung der bestehenden Finanzierungsverantwortlichkeiten und unter Einbeziehung der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der sozialen Pflegeversicherung sowie der Beteiligung der privaten Krankenversicherungen und der privaten Pflege-Pflichtversicherungen sollen der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher

Strukturen in den Lebenswelten vorangebracht werden. Dabei werden die spezifischen Aufgaben und Versicherungsrisiken der jeweiligen Sozialversicherungsträger innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung berücksichtigt. Eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung und umgekehrt findet nicht statt.

Gesundheitliche Risiken und Belastungen können bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung vorliegen. Die bislang vorrangig krankheitsorientierten Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Erwachsenen nach §§ 25 Absatz 1 und 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) greifen daher zu kurz und bedürfen der Weiterentwicklung hin zu einer primärpräventionsorientierten Gesundheitsuntersuchung.

Darüber hinaus stellt die demografische Entwicklung auch die Unternehmen vor neue Herausforderungen. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen die Betriebe eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur entwickeln, die alle Altersgruppen einbezieht, und Arbeitsplätze so gestalten, dass sie den Bedürfnissen älter werdender Belegschaften entsprechen. Die veränderten komplexen Arbeitsbedingungen in einer modernen Dienstleistungsgesellschaft mit steigenden Flexibilitäts- und Leistungsanforderungen erfordern bedarfsgerechte und wirksame betriebliche Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsschutzes bei der Arbeit sind sie eng mit den Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu verknüpfen. Diese Anforderungen stellen insbesondere Kleinunternehmen sowie kleine und mittlere Unternehmen vor Herausforderungen. Hier ist – anders als in Großunternehmen – die betriebliche Gesundheitsförderung noch nicht hinreichend verbreitet.

Nicht zuletzt ist es erforderlich, geschlechtsspezifische Aspekte bei den Leistungen der Krankenkassen zur gesundheitlichen Versorgung, der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen. Dies ist notwendig, weil erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, ihres Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeleistungen sowie hinsichtlich der Faktoren, die Krankheit und Gesundheit beeinflussen, bestehen.

Ziel dieses Gesetzes ist es daher, die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, die Wirksamkeit und Qualität von Präventionsmaßnahmen sicherzustellen, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Dieser Gesetzentwurf setzt folgende Schwerpunkte:

1. Verbesserung der Kooperation der Träger von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und der Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten

Die Bedingungen der alltäglichen Lebenszusammenhänge haben einen erheblichen Einfluss auf den individuellen Lebensstil. Sie prägen gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen. Deshalb bedarf es ergänzend zu den Angeboten, die auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen ausgerichtet sind, verstärkter Aktivitäten und Maßnahmen, die ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützen und die die Menschen dort erreichen, wo sie sich überwiegend aufhalten. In dem durch seine föderale Vielfalt geprägten deutschen Gesundheitssystem betreiben die unterschiedlichsten Akteure mit ihren jeweiligen spezifischen Verantwortlichkeiten Gesundheitsförderung und Prävention wie der Öffentliche Gesundheitsdienst, Haus- und Fachärzte, Vereine und Initiativen sowie die Träger der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung.

Das Präventionsgesetz unterstützt die zielorientierte Bündelung der vielfältigen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Auf der Grundlage der gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes enthält das Präventionsgesetz Vorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherungen unter Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Mit dem Gesetz werden sie im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie und einer Nationalen Präventionskonferenz zur zielorientierten Zusammenarbeit untereinander und mit dem Bund, den Ländern und den Kommunen verpflichtet. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen werden bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einbezogen und erhalten in der Präventionskonferenz ein Mitberatungsrecht.

Die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherungsträger mit den in den Ländern zuständigen Stellen wird über die Verpflichtung zur Vereinbarung von Landesrahmenvereinbarungen sichergestellt.

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Träger der sozialen Pflegeversicherung werden entsprechend ihrer bestehenden spezifischen gesetzlichen Präventionsaufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung in die nationale Präventionsstrategie verpflichtend eingebunden. Der Präventionsauftrag der Träger der sozialen Pflegeversicherung wird um die Verpflichtung zur Erbringung von primärpräventiven Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen erweitert. Die Aufgabe der Krankenkassen, ambulante Pflegeeinrichtungen in die Erbringung gesundheitsfördernder Angebote einzubeziehen, bleibt weiterhin bestehen. Auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden in die nationale Präventionsstrategie eingebunden, sofern sie sich mit einem angemessenen finanziellen Beitrag beteiligen. Die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden an den Kooperationsprozessen beteiligt.

Ziel ist die Schaffung einer Struktur für eine dauerhafte, verbindliche und zielorientierte Kooperation der Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung weiterer verantwortlicher Akteure auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene. Hierfür wird es zwei Handlungsebenen geben:

- Auf Bundesebene werden durch eine Nationale Präventionskonferenz in bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen insbesondere gemeinsam zu verfolgende Ziele sowie vorrangig zu verfolgende Handlungsfelder und Zielgruppen festgelegt. Ein regelmäßiger Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention dient der Dokumentation und der Evaluation der Instrumente. Er verschafft den Akteuren eine Grundlage für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele sowie der Kooperation und Koordination.
- Auf Landesebene schließen die Sozialversicherungsträger zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen Vereinbarungen.

2. Zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur primären Prävention der Krankenkassen

Der Richtwert für Ausgaben der Krankenkassen für die Leistungen zur Primärprävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wird auf jährlich sieben Euro je Versicherten erhöht. Zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Betrieb werden die Krankenkassen unter Berücksichtigung des Richtwertes verpflichtet, einen Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden. Sofern die Ausgaben einzelner Krankenkassen diesen Mindestbetrag nicht erreichen, kommen die nicht verausgabten Mittel der Förderung regionaler Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung zugute. Auch für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versicherten eingeführt.

Darüber hinaus unterstützt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankenkassen bei der Erbringung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten. Damit sollen insbesondere Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen erreicht werden. Hierfür erhält sie vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Vergütung, die mindestens einem Viertel des für die Krankenkassen verbindlichen Mindestbetrags für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten entspricht. Mit der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden Einzelmaßnahmen der Krankenkassen gebündelt, um Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen effektiver erreichen zu können. Hiervon sollen insbesondere sozial benachteiligte Gruppen profitieren.

Eine zielgerichtete und effektive Verwendung der Mittel wird darüber hinaus durch eine verbesserte Qualität der Präventionsleistungen erreicht.

3. Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Die primäre und sekundäre Prävention bei Kindern und Jugendlichen wird ausgebaut, indem die bisherige Altersgrenze für die Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter nach dem SGB V auf die Vollendung des 18. Lebensjahres angehoben wird. Primärpräventive Beratungselemente werden zum verbindlichen Inhalt der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Auf der Grundlage einer präventionsorientierten Kinderfrüherkennungsuntersuchung können die Kinder- und Jugendärzte individuelle Leistungen zur Primärprävention empfehlen und so insbesondere den Bedarf für diese Leistungen feststellen, die sich altersentsprechend an die Eltern (insbesondere Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter) oder an die Kinder oder Jugendlichen selbst richten können. Die

ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen ein und stellt für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall dar. Eltern sollen darüber hinaus ausführlicher als bisher und vorausschauender zur körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung des Kindes sowie zum Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen und Risiken beraten werden. Familien und Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf sollen auch auf regionale Unterstützungs- und Beratungsangebote für Eltern und Kind wie auf Angebote der Frühen Hilfen hingewiesen werden. Damit wird eine frühzeitige Intervention in sozial schwer belasteten Familien durch passgenaue Angebote zur Prävention im medizinischen und sozialen Bereich unterstützt.

4. Primärpräventionsorientierte Fortentwicklung der Gesundheitsuntersuchung

Zur Förderung einer zielgruppengerechten Inanspruchnahme von Präventionsleistungen wird die derzeit vorrangig auf die Krankheitsfrüherkennung ausgerichtete Gesundheitsuntersuchung nach dem SGB V zu einer verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgerichteten primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt. Die Gesundheitsuntersuchung wird eine ärztliche präventionsorientierte Beratung beinhalten. Auf dieser Grundlage können Ärztinnen und Ärzte den Versicherten individuelle Maßnahmen zur Primärprävention empfehlen. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen ein und stellt für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall dar. Damit wird dazu beigetragen, dass Kursangebote gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen.

Durch diesen erweiterten Ansatz wird der präventivmedizinischen Erkenntnis Rechnung getragen, dass eine krankheitsorientierte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, die vorrangig auf die Früherkennung einer bereits eingetretenen Erkrankung ausgerichtet ist, zu kurz greift. Denn bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung können gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden können.

5. Qualitätsgesicherte Präventionsangebote der Krankenkassen – Bonifizierungen

Zur Sicherstellung der Qualität und zur Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur primären Prävention wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, einheitliche Verfahren zur Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation der Leistungsangebote festzulegen sowie eine Übersicht über diese Angebote im Internet bereit zu stellen. Die Erbringung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, setzt deren Zertifizierung nach den Kriterien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen voraus. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherten qualitätsgesicherte und wirkungsvolle Präventionsangebote erhalten, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Die Anreizfunktion des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten wird ausschließlich auf zertifizierte und damit auf qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention ausgerichtet.

6. Erleichterung der Inanspruchnahme von Primärpräventions- und Vorsorgeleistungen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen

Auch für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen wie Beschäftigte in Schichtarbeit und pflegende Angehörige, die nicht an regelmäßigen mehrwöchigen Angeboten teilnehmen können, wird ein Anreiz für die Inanspruchnahme geeigneter Präventions- und Vorsorgeleistungen geschaffen.

Für diese Versicherten wird die Möglichkeit verbessert, neben wohnortnahen Angeboten, die grundsätzlich eine mehrwöchige regelmäßige Teilnahme erfordern, auch Angebote in kompakter Form wohnortfern wahrnehmen zu können, indem auch sie künftig – wie bei der Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – einen Zuschuss zu den übrigen Kosten erhalten können, die ihnen im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen. Die Obergrenze des Zuschusses wird erhöht. Versicherte, die ambulante Vorsorgeleistungen oder primärpräventive Leistungen wohnortfern erhalten, können zusätzlich zu diesen Leistungen einen täglichen Zuschuss von bis zu 16 Euro (bisher 13 Euro) und chronisch kranke Kleinkinder bis zu 25 Euro (bisher 21 Euro) bekommen.

7. Verbesserung der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung

Um insbesondere mehr kleine und mittelständische Unternehmen mit Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung im Betrieb zu erreichen, werden die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung verbessert.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihr Engagement auszuweiten, indem sie mindestens zwei Euro jährlich für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ausgeben. Die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit ist verbindlich zu nutzen, indem sie an der Ausführung von Leistungen im Betrieb zu beteiligen sind.

Zur Sicherstellung eines niedrigschwelligen und unbürokratischen Zugangs zu diesen Leistungen werden die Krankenkassen verpflichtet, den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anzubieten. Um die regionale Netzwerkbildung zu fördern, sollen die Krankenkassen mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren. Die Krankenkassen fördern diese Netzwerke aus Mitteln, die nicht vollständig für eigene Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung benötigt werden.

Die Möglichkeit der Krankenkassen, Boni für Arbeitgeber und an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmende Versicherte zu leisten, wird verbindlicher gestaltet.

8. Förderung des Impfwesens

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten Maßnahmen der primären Prävention von Infektionskrankheiten. Die Überprüfung und Beratung in Bezug auf den Impfstatus wird als Bestandteil der Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene und der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche konkretisiert. Das Zustandekommen und die Umsetzung von Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenkassen sollen durch eine einfache Kostenabrechnung gefördert werden. Um eine höhere Beteiligung an den von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen auch bereits bei Kindern, die in eine Kindertagesstätte aufgenommen werden, zu erreichen, wird der Nachweis einer vorherigen ärztlichen Beratung in Bezug auf den Impfschutz vorgesehen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG), für die infektionsschutzrechtlichen Regelungen nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur freiwilligen finanziellen Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen an der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V stützt sich auf Artikel 74 Absatz 11 des GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des GG. Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, bundesweit tätig sind und eine Segmentierung der finanziellen Beteiligung der Unternehmen nach unterschiedlichem Landesrecht daher wirtschaftlich nicht sinnvoll durchzuführen wäre.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Artikel 5 folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet erforderlich, weil anderenfalls erhebliche regionale Unterschiede bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Familienbildung und von gesundheitsförderlichen Strukturen in Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche ganztägig oder einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, konkret zu befürchten sind.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Mit der Einführung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Zertifizierungsverfahrens nach § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V und § 20b Absatz 1 Satz 2 SGB V entfallen die bislang erfolgenden Mehrfachprüfungen der Vereinbarkeit von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im so genannten „Leitfaden Prävention“ festgelegten Qualitätskriterien. Damit wird das Verfahren der Entscheidungsfindung der Krankenkassen über die Förderung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V und von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Absatz 1 SGB V erheblich vereinfacht. Darüber hinaus erleichtert die vorgesehene Zertifizierung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Anwendung der Steuerfreibetragsregelung des § 3 Nummer 34 des Einkommensteuergesetzes (EStG). Zertifizierte Präventionsangebote genügen hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen des neuen § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V und erfüllen folglich die qualitativen Anforderungen des Steuerfreibetrags nach § 3 Nummer 34 EStG, so dass insoweit die bislang erforderliche Einzelfallprüfung durch die Finanzämter entfällt. Zudem trägt die ärztliche oder betriebsärztliche Präventionsempfehlung zur Vereinfachung der notwendigen Bedarfsprüfung des Einzelfalls durch die Krankenkassen bei.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Effektive Gesundheitsförderung und Prävention stellen – gerade auch im Kontext des demografischen Wandels – wichtige Bausteine dar, um ein langes, gesundes Leben zu führen und chronische Krankheiten zu vermeiden. Indem die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in Lebenswelten gestärkt, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden, zielt der Gesetzentwurf darauf ab, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu reduzieren und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demografischen Wandel vorzunehmen (Managementregeln 4 und 9 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie). Der Gesetzentwurf trägt damit zugleich den Nachhaltigkeitsindikatoren Nummer 14 Buchstaben a bis e der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung.

3. Demografische Auswirkungen

In Anbetracht der mit der demografischen Entwicklung einhergehenden steigenden Lebenserwartung bei konstant niedriger Geburtenrate sind Gesundheitsförderung und Prävention von entscheidender gesundheits- und gesellschaftspolitischer Bedeutung. Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen und chronische Krankheiten, infolge derer sich die Gefahr von Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit erhöht. Indem effektive und zielgerichtete Präventionsmaßnahmen mittel- und langfristige Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten führen, leisten sie einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Darüber hinaus sind Gesundheitsförderung und Prävention zentrale Instrumente, um angesichts der rückläufigen Zahl der erwerbsfähiger Menschen und des steigenden Durchschnittsalters der Beschäftigten die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu stärken und damit zum Erhalt der Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe beizutragen.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund

Für die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen entstehen ab 2016 Mehrausgaben in Höhe von etwa 35 Millionen Euro jährlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält von den Krankenkassen eine Vergütung in entsprechender Höhe, so dass sich netto keine Belastung des Bundeshaushalts ergibt.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden.

b) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

c) Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Gesundheitsförderung und Prävention sind für den Einzelnen und für die Gesellschaft von Nutzen. Wirksame präventive Maßnahmen stärken Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Menschen, indem sie das Entstehen von Krankheiten verhindern oder diese in einem so frühen Stadium entdecken, dass sie effektiv behandelt werden können. Komplikationen, wie sie in späteren Krankheitsstadien oft auftreten, können vermieden oder zumindest vermindert werden. Prävention fördert die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit und unterstützt den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Effektive und zielgerichtete präventive Maßnahmen führen mittel- und langfristig zu Einsparungen aufgrund von Krankheitsvermeidung oder aufgrund der Verhinderung einer Chronifizierung mit der Folge kostengünstigerer Behandlungsmöglichkeiten.

Gemäß § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird der Richtwert für Leistungen zur primären Prävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ab dem Jahr 2016 auf sieben Euro je Versicherten und Jahr angehoben. Der Richtwert ist in Anlehnung an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße (§ 20 Absatz 6 Satz 3 SGB V) regelmäßig anzupassen. Darüber hinaus werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem Jahr 2016 einen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Höhe von zwei Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden. Auch für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag in Höhe von zwei Euro je Versicherten und Jahr eingeführt (§ 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V). Mindestens ein Viertel des letztgenannten Betrages erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von den Krankenkassen, in deren Auftrag sie diese bei der Erbringung kassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen – unterstützen soll.

Es ist davon auszugehen, dass die Regelung des § 20 Absatz 6 SGB V zu einer Ausgabenerhöhung bei jenen Krankenkassen führt, deren aktuelle Ausgaben den vorgesehenen Richtwert oder die vorgesehenen Mindestbeträge für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten. Diese jährlichen Mehrausgaben können sich auf Basis der Ausgaben des Jahres 2013 auf insgesamt rund 220 bis 240 Millionen Euro ab dem Jahr 2016 belaufen und verändern sich in den Folgejahren gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und der Entwicklung der Zahl der Versicherten. Dem stehen mittel- bis langfristig Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüber. Die Krankenkassen können mit zielgerichteten primärpräventiven Leistungen insbesondere auf eine Änderung der Lebensweise ihrer Versicherten hinwirken und damit positiven Einfluss auf wesentliche Risikofaktoren nehmen, die für bedeutende Volkskrankheiten von Relevanz sind. Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt zudem, dass etwa Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung neben positiven Gesundheitseffekten auch ökonomische Effekte bewirken können. So belegen die Studien die Auswirkungen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Krankheitskosten mit einem Kosten-Nutzen-Verhältnis von bis zu 1:1,59 (vgl. iga.Report 13 „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention“, www.iga-info.de).

Durch Verbesserungen der Krankenkassen bei den Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten entstehen den Krankenkassen ab dem Jahr 2016 geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von 15 bis 20 Millionen Euro jährlich.

Durch die Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung der Hebammenleistungen nach § 24d SGB V können den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages entstehen.

Die finanziellen Auswirkungen der Fortentwicklung der Untersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V hängen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung. So enthalten die bestehenden Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA bereits die Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Risiken und Belastungen sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte ärztliche Beratung. Die derzeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) kalkulierte Zeit zur Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung ist mit 26 Minuten großzügig bemessen und reicht – neben der Früherkennung – für die bereits heute schon im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erfolgende Erfassung und Bewertung von gesundheitlichen Risikofaktoren sowie eine präventionsorientierte Beratung aus.

Auch die Aufhebung der gesetzlich vorgegebenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle ist nicht zwangsläufig mit einem Ausgabenanstieg verbunden. Die bisher gesetzlich vorgegebene untere Altersgrenze von 35 Jahren und das zweijährige Untersuchungsintervall entsprechen nach heutigen Maßstäben nicht den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin und sollen künftig durch den G-BA nach dem Stand des medizinischen Wissens festgelegt werden. Beträchtliche Einsparpotenziale ergäben sich etwa durch eine medizinisch vertretbare und nach Alters- und Zielgruppen differenziert gehandhabte Erweiterung der derzeit zweijährlichen Untersuchungsintervalle. Weitere Einsparpotenziale ergeben sich durch eine kritische Überprüfung der bisher in der Gesundheitsuntersuchung enthaltenen diagnostischen Früherkennungsmethoden hinsichtlich ihres evidenzbasierten Nutzens. Die hierdurch erzielten Einsparungen könnten der stärkeren Gewichtung der Erfassung und Bewertung von Risikofaktoren und der präventionsorientierten Beratung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zugute kommen.

Die finanziellen Auswirkungen der Neufassung des § 26 Absatz 1 SGB V im Bereich der Früherkennungsuntersuchung für Kinder hängen von der weiteren inhaltlichen Ausgestaltung des Kinderuntersuchungsprogramms durch den G-BA ab. Die gesetzlichen Änderungen ermöglichen dem G-BA nunmehr durchgängig über die Einführung von Untersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von achtzehn Jahren unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zu entscheiden. Bei flächendeckender Einführung einer zusätzlichen U- oder J-Untersuchung ist von zusätzlichen jährlichen Ausgaben für die Krankenkassen jeweils im niedrigen einstelligen Millionenbereich auszugehen. Hierbei ist berücksichtigt, dass rund drei Viertel der Krankenkassen ihren Versicherten derzeit bereits auf freiwilliger Basis solche Untersuchungen anbieten und deshalb Mehraufwendungen nur bei einigen Krankenkassen zu erwarten sind. Es ist zu erwarten, dass der G-BA zwischen einer und drei neuen Kinder- und Jugenduntersuchungen einführen wird. Daraus ergeben sich jährliche Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 5 bis 15 Millionen Euro ab Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA. Dem steht ein Einsparpotenzial durch die frühzeitige Vermeidung oder Erkennung von in diesem Lebensalter sich manifestierenden Störungen der gesundheitlichen Entwicklung gegenüber.

Durch die Ausgestaltung der Regelung zu Bonuszahlungen der Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V als „Soll-Regelung“ können jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich entstehen.

Die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen der §§ 132e und 132f SGB V hängen von der Anzahl der Krankenkassen oder ihrer Verbände ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 SGB V schließen. Dem stehen mögliche Minderausgaben der GKV gegenüber, soweit die Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen an die Stelle bereits jetzt von der GKV finanzierter, von anderen Leistungserbringern vertragsärztlich erbrachter Schutzimpfungen oder Gesundheitsuntersuchungen treten. Insgesamt dürften sich die möglichen Minder- und Mehrausgaben für die GKV kompensieren.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V, eine Übersicht der Leistungen zur primären Prävention im Internet zu veröffentlichen, kann zu geringfügigen Mehrausgaben führen, deren Höhe von der gewählten technischen Lösung abhängig ist.

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

Bei voller Jahreswirkung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte jährliche Mehrausgaben zwischen 250 und 300 Millionen Euro, den mittel- und langfristig erhebliche nicht bezifferbare Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten gegenüberstehen.

d) Gesetzliche Rentenversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Rentenversicherung Bund jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

e) Gesetzliche Unfallversicherung

Durch die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums entstehen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau jährlich anfallende Mehrausgaben, deren Höhe abhängig ist von dem in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten der Beauftragung und daher noch nicht abschließend beziffert werden kann.

f) Soziale Pflegeversicherung

Die Einführung einer neuen Leistung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Millionen Euro ab dem Jahr 2016. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV und der Entwicklung der Zahl der Versicherten.

5. Erfüllungsaufwand

a) Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht durch die Informationspflicht nach § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes zusätzlicher Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung des erforderlichen Nachweises abhängt. Grundsätzlich ist die Nutzung vorhandener Dokumente wie dem Impfausweis möglich. Soweit eine fehlende ärztliche Beratung dem Zweck der Vorschrift entsprechend nachgeholt werden muss, kann hierfür grundsätzlich die kostenlose Vorsorgeuntersuchung genutzt werden im Rahmen der Vorgaben des G-BA. In einigen Ländern bestehen bereits über die neue bundesrechtliche Regelung hinausgehende Bestimmungen.

b) Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Ärztinnen und Ärzten als vertragliche Leistungserbringer entsteht durch die Ausstellung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und 3 und § 26 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Bereits nach den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA ist ein Arzt verpflichtet, einen Versicherten im Rahmen eines Beratungsgesprächs gegebenenfalls auf Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen hinzuweisen. Die Präventionsempfehlung geht über den Inhalt des Beratungsgesprächs nicht hinaus, sondern beschränkt sich auf eine kurze, schematische Zusammenfassung (z. B. Ankreuzformular: „Es wird ein Kurs im Handlungsfeld Bewegung empfohlen“).

Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die zeitliche Ausweitung des Kinderuntersuchungsprogramms ein Erfüllungsaufwand, wenn der G-BA die Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Kinderuntersuchungen beschließt. Dieser Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden, da es dem G-BA obliegt, zu entscheiden, ob eine Untersuchung eingeführt wird und wie diese inhaltlich und hinsichtlich des Umfangs auszugestaltet ist. Auch ist nicht absehbar, in welchem Ausmaß das zusätzliche Leistungsangebot von den Versicherten in Anspruch genommen werden würde.

Für örtliche Unternehmensorganisationen kann ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 20b Absatz 3 Satz 4 SGB V entstehen. Danach können sie mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Nähere über die Aufgabenerfüllung und die Finanzierung der regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung durch Kooperationsvereinbarungen regeln. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da die Zahl der unternehmensnahen Organisationen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen werden, nicht abzusehen und der Aufwand von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

Der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. entsteht durch die Beauftragung mit der Durchführung eines in der Regel einmal jährlich stattfindenden Präventionsforums nach § 20e Absatz 2 SGB V ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, der anhand der konkreten Festlegungen in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz zu bemessen sein wird und daher noch nicht beziffert werden kann.

Kindertageseinrichtungen entstehen im Rahmen des § 34 Absatz 10a (neu) des Infektionsschutzgesetzes Erfüllungsaufwand, dessen Höhe maßgebend von der landesrechtlichen Ausgestaltung des Nachweises und gegebenenfalls der Vorhaltung von Daten abhängt. In einigen Ländern bestehen bereits über die neue bundesrechtliche Regelung hinausgehende Bestimmungen.

c) Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die verpflichtende Berücksichtigung der ärztlichen Präventionsempfehlungen nach § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V verringert sich der heute bei den Krankenkassen bestehende Erfüllungsaufwand bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention. Die ärztliche Präventionsempfehlung vereinfacht die in diesen Fällen notwendige Bedarfsprüfung des Einzelfalls durch die Krankenkassen.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Festlegung der Kriterien nach § 20 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V erhöht den damit verbundenen Erfüllungsaufwand allenfalls geringfügig. Bereits nach geltender Rechtslage besteht beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Überarbeitung der Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention im so genannten „Leitfaden Prävention“.

Durch die bundeseinheitlichen Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird der bei den Krankenkassen heute bestehende Erfüllungsaufwand zur Prüfung der Einhaltung der Kriterien reduziert werden, insbesondere weil Doppelprüfungen vermieden werden.

Die Verpflichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V, eine Übersicht der zertifizierten Leistungen im Internet zu veröffentlichen, kann zu einem geringfügigen erhöhten Erfüllungsaufwand führen. Die konkrete Höhe des Erfüllungsaufwands ist nicht bezifferbar und hängt davon ab, auf welche Weise der Spitzenverband der Krankenkassen seine Veröffentlichungspflicht erfüllt. So würde beispielsweise ein nur unerheblicher Mehraufwand entstehen, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch eine Verlinkung mit den Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen über die kassenindividuellen Angebote informiert.

Die Anhebung des Ausgabenrichtwerts, insbesondere die Festlegung eines Ausgaben-Mindestwerts für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V kann zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand der Krankenkassen führen. Je nach Krankenkassenart müssen gegebenenfalls mehr Projekte initiiert werden als bisher. Die Höhe des Erfüllungsaufwands hängt davon ab, in welchem Umfang die Krankenkassen bereits aktiv geworden sind und wie viele neue Projekte gestartet werden. Eine pauschale Bezifferung des Mehraufwands ist daher nicht möglich.

Die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Krankenkassen bei der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten zu unterstützen, kann einen geringfügigen Erfüllungsaufwand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach sich ziehen, da er das Nähere des Auftrags – insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität sowie zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der durchzuführenden Leistungen – im Rahmen einer Vereinbarung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu regeln hat (§ 20a Absatz 4 Satz 1 SGB V).

Darüber hinaus ist ein geringfügiger Erfüllungsaufwand der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen über die Aufgabenerfüllung der Koordinierungsstellen und ihre Finanzierung nach § 20b Absatz 3 Satz 4 SGB V möglich. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da die Zahl der örtlichen Unternehmensorganisationen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen werden, nicht abzusehen und der Aufwand von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

Ein Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen, soweit er die Mittel, die von einzelnen Krankenkassen nicht nach § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verausgabt worden sind, auf diejenigen Landesverbände der Krankenkassen und diejenigen Ersatzkassen verteilen muss, die Kooperationsvereinbarungen mit unternehmensnahen Organisationen abgeschlossen haben (§ 20b Absatz 4 Satz 2 SGB V). Der Erfüllungsaufwand ist nicht bezifferbar, da keine Erkenntnisse darüber vorliegen, ob und wie viele Krankenkassen den gesetzlich vorgesehenen Mindestbetrag für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterschreiten und wie viele Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.

Ein geringfügiger Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Krankenkassen durch die Änderungen der Regelung zu Satzungsbestimmungen zu einem Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a Absatz 1 und 2 SGB V).

Ein geringfügiger Erfüllungsaufwand entsteht den Krankenkassen zudem durch den Abschluss von Verträgen nach §§ 132e und 132f SGB V mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten.

Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 SGB V entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern sowie der Bundesagentur für Arbeit ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan ausgeglichen. Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen entsteht darüber hinaus auch den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und den Ländern ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Mitwirkung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V entsteht den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Pflegekassen ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Etwaige Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell im jeweiligen Einzelplan beziehungsweise im Falle der gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der bestehenden Ansätze der Unfallversicherung Bund und Bahn ausgeglichen.

Durch die Teilnahme an den Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 SGB V entsteht den Kommunalen Spitzenverbänden und den repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein nur unerheblicher Erfüllungsaufwand.

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht durch die Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Für die Geschäftsführung, die auch die Vorbereitung des von der Nationalen Präventionskonferenz zu erstellenden Berichts umfasst, wird mit einem personellen Mehrbedarf bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gerechnet. Näheres wird im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2016 abgestimmt.

Die Änderung des neuen § 20i SGB V führt zu einer Verringerung des Erfüllungsaufwandes für Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in nicht bestimmbarer Höhe, indem in den Rahmenvereinbarungen einfache Möglichkeiten für die Abrechnung der Sachkostenerstattung für Schutzimpfungen, die der öffentliche Gesundheitsdienst vorgenommen hat, vorgesehen werden sollen.

Des Weiteren ist ein geringfügiger Erfüllungsaufwand der Pflegekassen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Absatz 3 SGB XI möglich. Der Erfüllungsaufwand ist allerdings nicht bezifferbar, da dieser insbesondere von der jeweiligen Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen abhängig ist.

Ein Erfüllungsaufwand kann beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch die Wahrnehmung seiner Aufgabe nach § 5 Absatz 3 Satz 2 SGB XI entstehen. Auch dieser Erfüllungsaufwand ist jedoch nicht bezifferbar, da keine Erkenntnisse darüber vorliegen, ob und wie viele Pflegekassen den gesetzlich vorgesehenen Richtwert für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen unterschreiten und wie viele Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.

Falls der G-BA eine Erprobung der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 3 SGB V für erforderlich halten sollte, kann hierdurch ein geringer, nicht quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits nach § 137e SGB V die Möglichkeit der Erprobung von Früherkennungsmethoden. Falls er diese mit der Erprobung der organisatorisch-inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 3 SGB V verbindet, entsteht nur ein geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Die Erprobung bietet dem G-BA eine wichtige Möglichkeit, die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsuntersuchung zu verbessern. Auch aus wirtschaftlichen Gründen kann eine Erprobung sinnvoll sein, um die derzeit für die Gesundheitsuntersuchung aufgebrauchten Mittel von rund 330 Millionen Euro im Jahr 2013 möglichst nutzbringend und effizient zu verwenden.

6. Weitere Kosten

Im Fall einer freiwilligen finanziellen Beteiligung an den Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V entstehen der Gesamtheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 18 Millionen Euro und der Gesamtheit der Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen jährliche Ausgaben in Höhe von mindestens rund 2,7 Millionen Euro.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

7. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Der Gesetzentwurf dient dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit in der Prävention und Krankenbehandlung. Hierzu wird mit dem neuen § 2b SGB V bestimmt, dass geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei allen Leistungen der Krankenkassen Rechnung zu tragen ist. Soweit es insbesondere die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a und 20b SGB V betrifft, stellt § 20 Absatz 1 Satz 1 SGB V klar, dass im Rahmen der anzustrebenden Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen sind.

8. Befristung; Evaluation

Eine Befristung des Gesetzes scheidet grundsätzlich aus, da die Regelungen als Dauerregelungen angelegt sind, bis der Gesetzgeber eine Änderung für angezeigt hält.

Der von der Nationalen Präventionskonferenz zu erstellende Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 SGB V dient der Erfolgskontrolle und Evaluation der vorgesehenen Regelungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Diese Vorschrift betont als Einweisungsvorschrift des SGB V sowohl die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft als auch die Eigenverantwortung der Versicherten. Diese beiden Aspekte stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Die Funktionsfähigkeit der Solidargemeinschaft der GKV wird gestärkt, wenn diejenigen, die diese Gemeinschaft in Anspruch nehmen, ihre Gesundheit erhalten. Eine gesundheitsbewusste Lebensführung trägt maßgeblich zur Erhaltung der Gesundheit bei. Auf seine Gesundheit zu achten und sich gesund zu verhalten erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung. Mit der vorliegenden Einfügung eines neuen Satzes 2 in § 1 wird dieser wichtige Grundgedanke der Eigenverantwortung daher stärker betont und zugleich seine Förderung durch die GKV ausdrücklich als Bestandteil deren Kernaufgaben genannt.

Zu Nummer 2 (§ 2b)

Mit dem neuen § 2b wird ausdrücklich bestimmt, dass bei Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und aus der Etablierung entsprechender medizinischer Behandlungsleitlinien ergeben. Dies bedeutet, dass geschlechtsspezifische Besonderheiten insbesondere bei der Prävention und der Krankenbehandlung zu beachten sind.

Zu Nummer 3 (§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 14.

Zu Nummer 4 (§ 20)

Zu Absatz 1

Satz 1 verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen ausnahmslos, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung vorzusehen, und enthält eine Legaldefinition der Begriffe primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus beschreibt Satz 1 entsprechend des bisher geltenden Rechts das allgemein mit Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung verfolgte Ziel. Im Rahmen der anzustrebenden Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten sind auch geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. Weil auch bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 2a SGB V), soll auf eine barrierefreie Leistungserbringung hingewirkt werden. Im Übrigen ist § 17 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch zu beachten. Im Hinblick auf das Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gehören Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, zu einer der vordringlich mit Präventionsleistungen zu erreichenden Zielgruppe. Sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen können auch in der Herkunft begründet sein. Deshalb ist auch die Gruppe der Migrantinnen und Migranten eine der Zielgruppen, die mit Leistungen zur primären

Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen sind. Die in der Satzung vorzusehenden Leistungen müssen den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 festzulegenden Handlungsfeldern und Kriterien genügen (Satz 2). In der Gestaltung der Leistungen sind die Krankenkassen innerhalb des ihnen insbesondere nach §§ 20 bis 20b eingeräumten Ermessensspielraums frei. Die Krankenkasse darf nur solche Leistungen anbieten, die den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 2 festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen. Die Aktivierung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung bei allen Versicherten ist primäres Ziel. Jeder Einzelne trägt Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens. Diese Eigenverantwortung gilt es zu stärken.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entwickelt den bisherigen § 20 Absatz 1 Satz 3 fort, indem die Aufgabe des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen zur Konkretisierung des Präventionsauftrags erweitert und verbindlich geregelt wird. Dabei berücksichtigt Absatz 2 auch den Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages vom 25. Februar 2011, mit dem dieser seine Erwartung zum Ausdruck brachte, dass das Bundesministerium für Gesundheit auf die Schaffung verbindlicher und bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards und deren Einhaltung sowie auf ein bundesweites einheitliches Verfahren zur Prüfung von Kursen hinwirke.

Satz 1 stellt sicher, dass im Rahmen der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unabhängiger, insbesondere gesundheitswissenschaftlicher, ärztlicher, arbeitsmedizinischer, pflegerischer, erziehungs-, sozial-, ernährungs-, sport- und suchtwissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen ist. Um den besonderen Belangen der Menschen mit Behinderung Rechnung tragen zu können, ist auch deren Sachverstand einzubeziehen. Der in den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem bisherigen Recht erweiterte Katalog von Kriterien für Qualität, Evaluation, Messung der Zielerreichung und für Zertifizierungsverfahren dient der weiteren Vereinheitlichung und der Wirksamkeit der Leistungen. Die Festlegung einheitlicher Kriterien soll insbesondere sicherstellen, dass jenseits der Wettbewerbsinteressen der einzelnen Kassen ein objektiver Leistungsbedarf zu Grunde gelegt wird. Hierbei soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch bewährte Angebote und Programme einbeziehen wie sie etwa im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten – IN FORM – entwickelt wurden. Die verbindliche Festlegung von Kriterien für eine Evaluation und für die Messung der Erreichung der mit den Präventionsleistungen verfolgten Ziele schafft eine Grundlage für die Prüfung insbesondere von Präventionskursen hinsichtlich ihrer Eignung, dauerhafte und gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen zu bewirken. Die Festlegung von Kriterien für die Zertifizierung von Leistungsangeboten zur verhaltensbezogenen Prävention soll sicherstellen, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Qualitätskriterien eingehalten und insbesondere Mehrfachprüfungen der Qualität von Leistungen vermieden werden. Im Hinblick auf die Wirkung für Versicherte, Ärztinnen und Ärzte sowie für Anbieter von Leistungen zur primären Prävention hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Satz 3 sicherzustellen, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 im Internet veröffentlicht werden. Die Veröffentlichungspflicht gilt auch für eine Übersicht über die von den Krankenkassen angebotenen und zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Es ist zweckmäßig, wenn auch die einzelne Krankenkasse die von ihr angebotenen zertifizierten Leistungen auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Damit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seine Aufgaben wahrnehmen kann, ist er auf Informationen der Krankenkassen angewiesen. Satz 4 bestimmt deshalb eine diesbezügliche Informationspflicht der Krankenkassen. Schließlich werden die Krankenkassen verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die notwendigen, nicht versichertenbezogenen, Auskünfte zu übermitteln, die dieser zur Erarbeitung des Präventionsberichts nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 benötigt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 Satz 1 bestimmte Gesundheitsziele zu berücksichtigen, soweit sie für die Gesundheitsförderung und Primärprävention Bedeutung haben. Bei den Gesundheitszielen nach Satz 1 handelt es sich um die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ unter Beteiligung aller relevanten Gruppen vereinbarten Ziele. Die in Satz 4 vorgegebene Verpflichtung zur Berücksichtigung auch der von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele trägt zur weiteren Verzahnung des Arbeits- und des Gesundheitsschutzes in der Lebenswelt Arbeit bei. Die Orientierung an gemeinsamen Zielen ermöglicht eine Vergleichbarkeit von Prozessen und schafft auch den Krankenkassen eine bessere Grundlage für die Auswahl einheitlicher Handlungsfelder.

Zu Absatz 4

Satz 1 beschreibt die drei Arten von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung und stellt entsprechend der sich in der Praxis bewährten Interventionsansätze klar, dass sich primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens und auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten (so genannte Settingleistungen), in denen sie sich überwiegend aufhalten, beziehen können. Mit den Leistungen sollen auch Menschen mit Behinderung erreicht werden, beispielsweise mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen. Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten müssen sich, wie andere Leistungen auch, an die in der GKV Versicherten richten.

Zu Absatz 5

Die Regelung des Satzes 1 bestimmt einen besonderen Zugangsweg für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention. Eine im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 oder § 26 oder einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene ärztliche Präventionsempfehlung ist von den Krankenkassen bei der Entscheidung über diese Leistungen zu berücksichtigen. Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung ein. Damit wird dazu beigetragen, dass Kursangebote gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen. Ein Arztvorbehalt für diese Leistungen ist damit nicht verbunden. Auch ohne Vorlage einer ärztlichen Präventionsempfehlung kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention erbracht werden, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 zertifiziert ist.

Die Regelung des Satzes 2 berücksichtigt Menschen wie Beschäftigte im Schichtdienst und pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer individuellen beruflichen oder familiären Umstände nur schwer oder gar nicht an Präventionskursen der Krankenkassen teilnehmen können, weil diese in der Regel in einem wöchentlichen Rhythmus stattfinden. Sofern Krankenkassen aufgrund der besonderen Umstände im Einzelfall Leistungen in zeitlich komprimierter Form wohnortfern erbringen, etwa in staatlich anerkannten Kurorten, können die Krankenkassen durch den Verweis auf § 23 Absatz 2 Satz 2 zusätzlich zu den Kosten der Präventionsmaßnahme einen täglichen Zuschuss zu den übrigen Kosten von bis zu 16 Euro leisten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nach § 25 Absatz 4 Satz 4 und § 26 Absatz 2 Satz 2 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.

Zu Absatz 6

Der bisherige Wert für Ausgaben, den die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20 Absatz 1, §§ 20a bis 20c einhalten sollen (im Jahr 2014: 3,09 je Versicherten und Jahr), wird ab dem Jahr 2016 auf sieben Euro je Versicherten und Jahr angehoben (Satz 1). Dabei handelt es sich nicht um einen Grenzwert, sondern um einen Richtwert, der von den Krankenkassen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Satz 2 anzustreben ist und insbesondere auch überschritten werden kann. Damit erhalten die Krankenkassen Freiräume zu Gestaltung ihres Präventionsangebotes und die Möglichkeit, sich im Wettbewerb durch ein hohes Präventionsengagement hervorzuheben. Ziel des Gesetzes ist es, die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, in denen wichtige Weichenstellungen für ein gesundheitsbewusstes Leben vorgenommen werden, etwa in Kindertagesstätten, Schulen und Betrieben. Die Ausgaben der Krankenkassen blieben jedoch auch 2013 mit durchschnittlich 0,42 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten und mit durchschnittlich 0,78 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung noch weit hinter dem finanziellen Engagement zurück, das für eine spürbare Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich ist. Satz 2 führt deshalb für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten sowie für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung jeweils einen Mindestbetrag von zwei Euro je Versicherten und Jahr ein, den die Krankenkassen aufzuwenden haben. Die Regelung stellt sicher, dass die Versicherten unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind, in einem gleichen Mindestumfang von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten profitieren können. Die Mindestbeträge liegen damit deutlich über den bisherigen tatsächlichen durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen für diese beiden Leistungen je Versicherten und Jahr. Dadurch wird künftig eine stärkere Förderung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten gewährleistet.

Der Ausgabenrichtwert nach Satz 1 für das Jahr 2016 sowie die Ausgabenmindestbeträge nach Satz 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen (Satz 3).

Zu Nummer 5 (§ 20a)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschrift enthält in Satz 1 eine Legaldefinition der nichtbetrieblichen Lebenswelten. Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz sind besonders geeignet, das nach § 20 Absatz 1 Satz 1 zu verfolgende Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erreichen. Die Leistungen richten sich statt auf Individuen auf die Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann. Die Vorschrift hebt in einer nicht abschließenden Aufzählung einzelne Lebenswelten hervor. Eine besondere Bedeutung kommt Kindertagesstätten zu, da hier Kinder im Alter vom ersten Lebensjahr bis zum Schulalter erreicht werden können und gerade in dieser Lebensphase gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen geprägt werden können. Über die Lebenswelt Kita dürften zudem nicht nur die Kinder selbst, sondern auch deren Familien und auch Alleinerziehende erreicht werden. Die Gesundheitsförderung in der Familie wird auch durch Präventionsmaßnahmen in der Schule und insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt „Kommune/Stadtteil“ unterstützt. Außerhalb der betrieblichen Lebenswelt tragen für die Lebenswelt „Arbeit“ neben den Arbeitgebern auch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und die Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Arbeitsförderung (SGB III) Verantwortung. Gesundheitliche Einschränkungen können bei Arbeitslosen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten des SGB II dazu führen, dass ihre berufliche Eingliederung besonders erschwert ist. Eine enge Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende bei der Erbringung von Leistungen soll dafür sorgen, dass durch die Erbringung von Leistungen dieses Vermittlungshemmnis beseitigt wird. Soweit es die Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung betrifft, sieht § 5 Absatz 1 Satz 1 des SGB XI eine spezielle Verpflichtung der Pflegekassen vor, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des SGB XI zu erbringen. Die Zuständigkeit der Krankenkassen für Leistungen in der Lebenswelt der ambulanten pflegerischen Versorgung bleibt davon unberührt. Satz 2 und Absatz 2 stellen klar, dass die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein können, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure, wie Länder oder Kommunen, an den Aktivitäten angemessen beteiligen. Darüber hinaus muss zur Sicherstellung der Wirksamkeit der Maßnahmen auch die Einbeziehung der Versicherten in die Planung und Entwicklung der Aktivitäten („unter Beteiligung der Versicherten“) gewährleistet sein. Die Regelungen berücksichtigen die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach erhobene Mittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden dürfen und tragen dem Umstand Rechnung, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der GKV sind. Aufgaben in der Lebenswelt „Arbeit“ nehmen die Krankenkassen nach den §§ 20b und 20c wahr, insbesondere als Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Für die Lebenswelt „Arbeit“ tragen im Wesentlichen die Arbeitgeber Verantwortung. Diese sind verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen. Hierfür hat der Arbeitgeber nach § 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte zu bestellen. Dies gilt unabhängig von der Betriebsgröße. Auch Kleinbetriebe werden sicherheitstechnisch und betriebsärztlich betreut. Auch die Betriebsräte tragen Verantwortung für den Gesundheitsschutz in den Betrieben und wirken bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen, die Auswirkungen auf die Beschäftigten haben mit. Die Beschäftigten ihrerseits sind ebenfalls verpflichtet, für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Die überbetrieblichen Träger des Arbeitsschutzes, Arbeitsschutzbehörden der Länder und Unfallversicherungsträger, beraten die Betriebe hinsichtlich der Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit im Betrieb und setzen die Arbeitsschutzvorschriften durch.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sieht vor, dass die Krankenkassen ab 2016 bei der Erbringung von Leistungen in den Lebenswelten für in der GKV Versicherte verbindlich mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kooperieren. Damit werden die in § 20 Absatz 1 Satz 1 festgelegte Zielsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen unterstützt und die Voraussetzungen verbessert, um auf so genannte vulnerable Gruppen eingehen zu können. Vor diesem Hintergrund soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankenkassen im Rahmen eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses unterstützen, indem sie insbesondere lebensweltbezogene Interventionsansätze und Materialien sowie adäquate Qualitätssicherungsverfahren konzipiert und deren Implementation unterstützt. Grundlage des Auftrags sind die in den Landesrahmenvereinbarungen getroffenen Festlegungen, insbesondere zu den mit den in den Ländern zuständigen Stellen vereinbarten gemeinsamen Zielen

und Handlungsfeldern. Dies stellt sicher, dass die vorhandenen Programme und Maßnahmen der Länder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden. Satz 3 berücksichtigt, dass zur Ausführung des Auftrags eine Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit geeigneten Partnern erforderlich ist, insbesondere mit solchen, die bereits in Zusammenarbeit mit dem Bund oder den Krankenkassen erfolgreich Präventionsangebote entwickelt und durchgeführt haben, etwa im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Zu Absatz 4

Die Einzelheiten der Ausgestaltung des Auftrags nach Absatz 3 vereinbaren der Spitzenverband der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung miteinander. In der Vereinbarung können insbesondere der Inhalt und Umfang, die Qualität, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der durchzuführenden Maßnahmen sowie die im Zusammenhang mit der Durchführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entstehenden Kosten etwa für Konzeption, Evaluation und Vergabeverfahren geregelt werden. Um der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hinreichend Planungssicherheit zu verschaffen, muss die Vereinbarung erstmals bis zum 30. Oktober 2015 geschlossen sein (Satz 1). Falls die Vereinbarung nicht bis zu diesem Datum zustande kommt, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Landesrahmenempfehlungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 (Satz 2).

Die Mittel für die Vergütung, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entrichtet, werden von den Krankenkassen aufgebracht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird deshalb ermächtigt, das dafür erforderliche Verfahren in seiner Satzung zu regeln (Satz 3). Satz 4 stellt durch den Verweis auf die Regelung des § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch klar, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen des Auftragsverhältnisses verpflichtet ist, die erforderlichen Mitteilungen zu machen und auf Verlangen des Auftraggebers über die Ausführung des Auftrags Auskunft zu erteilen und nach dessen Ausführung Rechenschaft abzulegen. Außerdem ist der Auftraggeber berechtigt, die Ausführung des Auftrags jederzeit zu prüfen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Beauftragte an seine Auffassung zu binden.

Zu Nummer 6 (§ 20b)

Die Vorschrift stellt die Beteiligung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit als Berater in allen Fragen des Gesundheitsschutzes beziehungsweise der Arbeitssicherheit nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und sonstige Fachkräfte für Arbeitssicherheit ausdrücklich klar. Damit wird das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung betont. Der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der betrieblichen Prävention steht in einem Ergänzungsverhältnis zu den arbeitsschutzrechtlich begründeten Pflichten der Arbeitgeber und dem Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung. Deshalb berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Aufgabenwahrnehmung gemäß § 20 Absatz 3 Satz 4 auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Ziele.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Die Regelung des Satz 2 dient der engeren Verzahnung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes mit der betrieblichen Gesundheitsförderung und soll insbesondere sicherstellen, dass die Krankenkassen die Ergebnisse von vorliegenden Gefährdungsbeurteilungen bei der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation verbessern.

Zu Nummer 8

Zu § 20d

Die Regelung legt die Grundsätze der Entwicklung und der Durchführung der nationalen Präventionsstrategie fest.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält die Verpflichtung für die Krankenkassen gemeinsam mit den anderen Sozialversicherungsträgern, die aufgrund ihrer spezifischen Aufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung ebenfalls präventive Ziele verfolgen, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Hierzu bilden deren Spitzenverbände

die Nationale Präventionskonferenz nach § 20e. Die Krankenkassen sowie die Pflegekassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung tragen mit den ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie bei. Die Leistungs- und Finanzverantwortung der jeweiligen Träger bleibt unberührt.

Zu Absatz 2

Wesentliches Element der nationalen Präventionsstrategie ist nach Nummer 1 die Entwicklung und die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen. Die nationale Präventionsstrategie umfasst ferner die in Nummer 2 geregelte Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in jeder Legislaturperiode.

Zu Absatz 3

Gegenstand der Rahmenempfehlungen ist insbesondere die Vereinbarung von übergeordneten einheitlichen gemeinsamen Zielen und die daraus abzuleitenden vorrangigen Handlungsfelder und Zielgruppen. Dabei sind bestehende, qualitätsgesicherte Angebote, Programme und Prozesse zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung von Schutzimpfungen trägt der Erkenntnis Rechnung, dass neben chronischen und psychischen Erkrankungen Infektionskrankheiten bei Bürgerinnen und Bürger weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Durch geeignete Präventionsmaßnahmen, vor allem durch Impfungen, können bestimmte Infektionskrankheiten verhindert und Krankheitsrisiken vermindert werden. Die Rahmenempfehlungen sollen durch die nach § 20f zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen operationalisiert werden. Die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind keine Träger von primärpräventiven Leistungen. Ihre Integrationsbemühungen sind jedoch auch von den Präventionsleistungen der Krankenkassen abhängig. Denn anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor. Darüber hinaus ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose deutlich erschwert. Damit die Belange der Zielgruppe insbesondere der Langzeitarbeitslosen in der Präventionsstrategie Berücksichtigung finden, sind die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen. Zur besseren Verzahnung der gesundheitlichen Prävention mit der Jugendhilfe werden zudem die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit den für die jeweiligen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Bundesministerien und den Ländern vereinbart.

Zu Absatz 4

Die nationale Präventionsstrategie umfasst ferner die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in jeder Legislaturperiode. Der Bericht dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation. Er verschafft den Akteuren eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele. So können mit dem Bericht auch Empfehlungen zur Anpassung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelten Gesundheitsziele an aktuelle Erfordernisse oder zur Erarbeitung weiterer Ziele verbunden sein. Er wird vom Bundesministerium für Gesundheit mit einer Stellungnahme der Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorgelegt. Die Sätze 4 bis 6 stellen sicher, dass die Nationale Präventionskonferenz für den Bericht auf die notwendigen Informationen zurückgreifen kann. Mit dem am Robert Koch-Institut etablierten Gesundheitsmonitoring werden regelmäßig Daten zum Gesundheitsstatus, zu Gesundheitsrisiken und zum Gesundheitsverhalten über alle Altersgruppen der Bevölkerung erhoben. In den auf Basis dieser Daten veröffentlichten Gesundheitsberichten der Gesundheitsberichterstattung spielt das Thema der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken eine wichtige Rolle. Diese Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Institut können ergänzend zu den Informationen der Leistungsträger und der Länder einen wichtigen Beitrag für den Präventionsbericht und die Evaluation leisten.

Zu § 20e

Die Vorschrift beschreibt den verfahrensmäßigen Ordnungsrahmen für die Präventionsstrategie. Mit der Nationalen Präventionskonferenz wird die Präventionsstrategie institutionell abgesichert.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift normiert die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz und legt deren Mitglieder fest. Die Deutsche Rentenversicherung legt die Verteilung der ihr zustehenden Sitze auf Vertreter der Bundes- und Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung in eigener Zuständigkeit fest. Spitzenorganisationen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten

Pflege-Pflichtversicherung werden über den Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. an der Nationalen Präventionskonferenz mit einem Sitz beteiligt, sofern sie mit einem angemessenen finanziellen Beitrag, dessen Höhe sich nach den Sätzen 3 und 4 richtet, zur Umsetzung der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 beitragen. Für den Bund sollen in der Nationalen Präventionskonferenz die Bundesministerien vertreten sein, deren Zuständigkeit durch dieses Gesetz besonders berührt ist, wie die des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Die Länder erhalten insgesamt vier Sitze. Die beratende Mitwirkung der Bundesagentur für Arbeit unterstützt die weitere Verknüpfung von arbeitsmarktbezogenen Maßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderter Menschen werden bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einbezogen. Sie erhalten in der Präventionskonferenz ein Mitberatungsrecht (§ 140f Absatz 2). Die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz wird im Wesentlichen durch § 20d Absatz 2 bis 4 bestimmt. Zur Art und Weise der Aufgabenwahrnehmung gibt sich die Nationale Präventionskonferenz eine Geschäftsordnung. Bei der Aufgabenwahrnehmung kann sie sich auch von Dritten unterstützen lassen, etwa durch den Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ im Rahmen der Fortschreibung gemeinsamer Ziele. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ermöglicht die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz mit der Fachöffentlichkeit in einem als Fachkonferenz ausgestalteten Präventionsforum. Zu den maßgeblichen Organisationen und Verbänden gehören auch die der Selbsthilfe und die Fachmigrantenorganisationen. Mit der Durchführung der Fachkonferenz soll die Nationale Präventionskonferenz die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. beauftragen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt. Diese enthält insbesondere auch Festlegungen zur Verteilung der Kosten der Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. und zur Bestimmung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Präventionsforums.

Zu § 20f

Die Vorschrift beschreibt das Verfahren zur Operationalisierung der Rahmenempfehlungen nach § 20d auf Landesebene.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die gemeinsam mit den weiteren genannten Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen zu schließen. Vorrangiges Ziel der Rahmenvereinbarungen ist die Sicherung einer nach gemeinsamen Zielen orientierten Zusammenarbeit aller Beteiligten. Bestehende, bewährte Angebote, Programme und Prozesse sollen einbezogen werden. Satz 2 stellt klar, dass bei den beteiligten Sozialversicherungsträgern keinen neuen Zuständigkeiten und Leistungsverpflichtungen begründet werden. Gegenstand der Rahmenvereinbarungen sind die spezifischen Präventionsaufgaben, die sich aus den für den jeweiligen Leistungsträger geltenden Leistungsgesetzen ergeben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt den Mindestinhalt der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene fest und stellt dabei klar, dass die regionalen Erfordernisse im Rahmen des Abstimmungsprozesses zu berücksichtigen sind. Insbesondere die Gesundheitsberichterstattungen der Länder und regionale Gesundheitsatlanten liefern relevante Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, etwa zur Altersstruktur, zu Risikofaktoren, zu Krankheiten und zur Sterblichkeit. Der gesetzlich festgelegte Mindestinhalt der Vereinbarungen soll das zielorientierte Zusammenwirken der Krankenkassen mit den übrigen Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst unter Mitwirkung weiterer relevanter Einrichtungen und Organisationen sichern. Als für die Mitwirkung relevante Einrichtungen und Organisationen kommen insbesondere solche in Betracht, die bereits erfolgreich in Kooperation mit den in den Ländern oder im Bund zuständigen Stellen Präventionsmaßnahmen durchgeführt haben. Auch an den Rahmenvereinbarungen sind die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu beteiligen. Dasselbe gilt mit Blick auf die Einbeziehung der kommunalen Belange, die über die Grundsicherung für Arbeitsuchende hinausreichen. Die jeweiligen kommunalen Belange werden durch die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene wahrgenommen. Den zu beteiligenden Institutionen steht es frei, ob sie den Rahmenvereinbarungen beitreten. Satz 4 der Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung.

Zu § 20g

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 sind die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände befugt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben durchzuführen. Diese sollen der Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 beschlossenen gemeinsamen Ziele dienen. Die Projekte können auch zusammen mit Dritten, insbesondere mit den zuständigen Stellen in den Ländern nach § 20f Absatz 1 durchgeführt werden oder etwa mit Organisationen, die bereits erfolgreich in Kooperation mit den in den Ländern oder im Bund zuständigen Stellen Präventionsmaßnahmen durchgeführt haben. Solche Kooperationsmodelle mit zuständigen Stellen in den Regionen bieten sich an, da die Vorhaben regelmäßig auf der Versorgungsebene zu erproben und in die örtlichen Strukturen einzubinden sind. Kooperationen für Modellprojekte kommen aber auch mit sonstigen Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, wie Fachverbände oder Selbsthilfeorganisationen, in Betracht. Nach Satz 2 sollen die Modellprojekte die Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Bezug auf Qualität und Effizienz verbessern. Satz 3 bestimmt, dass die Modellprojekte auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen können.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt für die Modellvorhaben eine Regelhöchstdauer von fünf Jahren und regelt die Anforderungen, welche an die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gestellt werden, damit die Erreichung aussagekräftiger Ergebnisse gewährleistet ist.

Zu Nummer 9 (§ 20h)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 10 (§ 20i)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Streichungen zur Rechtsbereinigung.

Zu Buchstabe b

Streichung zur Rechtsbereinigung.

Zu Buchstabe c

Bei Schutzimpfungen, die der öffentliche Gesundheitsdienst in Erfüllung seiner Aufgaben – etwa im Rahmen von Impfsprechstunden oder im Rahmen von Riegelungsimpfungen bei der Ausbruchsbekämpfung – vornimmt und für die die Sachkosten nach Absatz 3 erstattet werden, können bei der Abrechnung nicht die gleichen Anforderungen gestellt werden wie bei innerhalb der Versorgung nach § 132e erbrachten Schutzimpfungsleistungen. Die Rahmenvereinbarungen über die Sachkostenerstattung nach Absatz 3 müssen daher eine an die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes angepasste Abrechnung vorsehen. Dies betrifft etwa Fragen der Einzelabrechnung, der Dokumentation, des Vorhandenseins von Kartenlesegeräten oder der elektronischen Abrechnung.

Zu Nummer 11 (§ 23)

Nach dem geltenden Absatz 2 kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen und in ihrer Satzung einen Zuschuss zu den übrigen Kosten vorsehen, die den Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen.

Zu Buchstabe a

Voraussetzung für eine Leistung nach dem geltenden Absatz 2 ist, dass Leistungen nach Absatz 1 nicht ausreichen. Leistungen nach Absatz 1 sind die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Versicherte mit besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen wie Beschäftigte in Schichtarbeit und pflegende Angehörige können Leistungen nach Absatz 1 aber oftmals nicht in ihren regulären Tagesablauf integrieren und nicht regelmäßig in Anspruch nehmen. Durch die Änderung soll für diese Versicherten daher die Möglichkeit verbessert werden, neben Angeboten nach Absatz 1 auch unmittelbar ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten wahrnehmen zu können, ohne dass zuvor Leistungen nach Absatz 1 am Wohnort erbracht worden sind, soweit die medizinische Erforderlichkeit gegeben ist. Dies bedeutet, dass Versicherte mit besonderen beruf-

lichen oder familiären Belastungssituationen unmittelbar ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen können. Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen.

Zu Buchstabe b

Um den Anreiz für die Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 2 zu stärken und der allgemeinen Preissteigerung zurückliegender Jahre Rechnung zu tragen, erfolgt eine Erhöhung der Obergrenze des Zuschusses von 13 auf 16 Euro.

Zu Buchstabe c

Entsprechend der Erhöhung des Zuschusses nach Absatz 2 Satz 2 wird auch der Zuschuss für ambulante Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder von 21 auf 25 Euro erhöht.

Zu Nummer 12 (§ 24d)

Der in dieser Vorschrift geregelte Anspruch auf Hebammenhilfe wird im Hinblick auf seine Dauer gesetzlich konkretisiert. Im Übrigen werden die Einzelheiten der Versorgung mit Hebammenhilfe weiterhin in den Verträgen nach § 134a Absatz 1 geregelt. Insoweit waren Hebammenleistungen bisher vertraglich bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt vorgesehen, danach nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation. Nunmehr wird dieser Zeitraum gesetzlich auf zwölf Wochen festgelegt, um die Inanspruchnahme dieser Leistung für die Versicherten zeitlich entsprechend zu flexibilisieren. Nach Ablauf dieses Zeitraums können Hebammenleistungen nur erbracht werden, wenn sie ärztlich angeordnet werden.

Im Übrigen bleiben die bisher zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Hebammen vertraglich vereinbarten möglichen Leistungen unverändert. Dies bedeutet nach dem Vertrag insbesondere, dass wie bisher innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt grundsätzlich maximal 20 Leistungen in Anspruch genommen werden können. Danach können wie bisher grundsätzlich maximal 16 Leistungen in Anspruch genommen werden, allerdings nicht nur wie bisher bis zum Ablauf von acht Wochen, sondern nunmehr bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, danach nur nach ärztlicher Anordnung.

Zu Nummer 13 (Überschrift des Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 14.

Zu Nummer 14 (§ 25)

Zu Buchstabe a

Es wird in der Vorschrift klargestellt, dass – entsprechend den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA – die ärztliche Gesundheitsuntersuchung neben der Früherkennung auch primärpräventive Maßnahmen beinhaltet. Hierzu gehören eine systematische, gegebenenfalls mit Hilfe geeigneter Instrumente (z. B. Fragebögen, Risiko-Tests oder Risiko-Scores) durchzuführende ärztliche Erfassung und Bewertung des individuellen gesundheitlichen Risikoprofils, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung und – sofern medizinisch angezeigt – die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung (Präventionsempfehlung), die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist, insbesondere bezogen auf die Risikofaktoren Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, chronischer psycho-sozialer Stress und Suchtmittelkonsum. Die Präventionsempfehlung kann auch auf weitere Angebote hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen. Schon heute können Ärztinnen und Ärzte Ihren Patientinnen und Patienten mit dem vom DOSB gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelten „Rezept für Bewegung“ eine schriftliche Empfehlung für die Teilnahme an einem Angebot geben, das mit dem Qualitätssiegel des DOSB „SPORT PRO GESUNDHEIT“ zertifiziert ist. Sofern die empfohlenen Angebote nach § 20 Absatz 5 zertifiziert sind, können diese von den Krankenkassen unterstützt werden.

Damit wird auch im Gesetz der präventivmedizinischen Erkenntnis Rechnung getragen, dass eine krankheitsorientierte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, die vorrangig auf die Früherkennung einer bereits eingetretenen Erkrankung ausgerichtet ist, zu kurz greift. Denn bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung können gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum oder starker chronischer psychosozialer Stress ausgelöst etwa durch berufliche Belastungen oder Gewaltbelastung im sozialen und familiären Umfeld), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden könnten. Darüber hinaus sollte bei einer gesundheitlich gefährdeten oder bereits erkrankten Person das Auftreten zusätzlicher gesundheitsbezogener

Risiken und Belastungen vermieden werden. Die Übergänge zwischen Risikofaktoren und Krankheitsfrühstadium bis hin zum Vollbild einer Erkrankung können fließend sein.

Ärztinnen und Ärzte sind sowohl auf Grund ihrer Qualifikation als auch auf Grund des besonderen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnisses seit jeher besonders geeignet, neben der Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten auch eine primärpräventiv orientierte Beratung und Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten zu leisten und diese zu einem Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren.

Die bisher in Absatz 1 vorgegebene Häufigkeit des Anspruchs der Gesundheitsuntersuchung (alle zwei Jahre) und die untere Altersgrenze von 35 Jahren sowie die nicht abschließende Aufzählung von Zielkrankheiten für die Früherkennung entfallen. Der G-BA hat Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie die für die Früherkennung in Betracht kommenden bevölkerungsmedizinisch relevanten Zielkrankheiten – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens anzupassen und zugleich alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. Hierbei ist auch den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen. Der G-BA hat u. a. die Aufgabe, die primär- und sekundärpräventiven Inhalte der Gesundheitsuntersuchung den Erfordernissen der jeweiligen Altersgruppe anzupassen und entsprechend zu gewichten. So dürften bei der Gesundheitsuntersuchung bei jüngeren Menschen die primärpräventiven Anteile (Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen, gesundheitsbezogene Beratung) im Vordergrund stehen, während bei Menschen mittleren und höheren Lebensalters auch die Früherkennung von z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus an Bedeutung gewinnt. Den geschlechtsbezogenen Aspekten wird gleichermaßen Rechnung getragen.

Die neu vorgesehene Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung, die bei der Entscheidung der Krankenkassen über die Erbringung von primärpräventiven Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist, beinhaltet folgende Vorteile:

- Mit der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung können gezielt diejenigen Personen identifiziert werden, bei denen Präventionsbedarf und -potenzial besonders groß sind. Durch die Fokussierung auf besonders präventionsbedürftige Zielgruppen wird die Effizienz von präventiven Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz erheblich gesteigert.
- Es können diejenigen Präventionsleistungen bestimmt werden, die aus ärztlicher Sicht für die individuelle Person besonders geeignet sind und mit der entsprechenden Erfolgsaussicht durchgeführt werden können. Hierbei spielt auch der Aspekt der medizinischen Sicherheit eine Rolle, da im individuellen Fall ungeeignete präventive Maßnahmen wirkungslos oder unter Umständen sogar schädlich sein können (z. B. ungeeignete Bewegungsprogramme für übergewichtige Personen mit Gelenkbeschwerden).
- Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann auch im Rahmen eines kurativen Behandlungsanlasses durchgeführt oder angebahnt werden. Hierbei können gezielt Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen angesprochen und motiviert werden, wie Menschen in beruflich und familiär besonders belastenden Lebenssituationen und Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen sowie chronisch kranke Menschen, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll. Dies ist zugleich ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich bei den Sätzen 1 und 2 um Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Mit den Regelungen in den Sätzen 3 und 4 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit gegeben, Erprobungen durchzuführen, falls bei der präventionsorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung deutlich wird, dass Erkenntnislücken bestehen. Dazu wird die Erprobungsregelung in § 137e hier entsprechend angewandt. Das heißt, die Vorgaben des § 137e sind hier nicht unmittelbar, sondern sinngemäß und gegebenenfalls an die spezifische Konstellation der Erprobung von präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen, einschließlich deren geeigneter inhaltlicher und organisatorischer Ausgestaltung, heranzuziehen.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass der medizinische Nutzen einer neuen Früherkennungsmethode als solche noch nicht hinreichend belegt ist, richtet sich die Erprobung weiterhin unmittelbar nach § 137e. Wenn dies sinnvoll und erforderlich erscheint, kann er die Erprobung hinsichtlich des medizinischen Nutzens einer

Früherkennungsmethode auch mit der Erprobung der organisatorisch-inhaltlichen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung verbinden.

Die Regelung nach § 62 Absatz 1 Satz 3 gilt nicht für neue Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1, die sich in der Erprobung befinden.

Für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Absatz 2 gilt nach wie vor lediglich die bestehende Erprobungsregelung nach § 137e. Eine darüber hinausgehende Erprobungsmöglichkeit der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Untersuchung, wie sie nunmehr für die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 in Absatz 3 und bereits für die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a in § 25a Absatz 3 geregelt sind, ist für die Untersuchungen nach Absatz 2 nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe c

Aufgrund der Neufassung der Absätze 1 und 3 muss der G-BA die von ihm beschlossenen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien der neuen Rechtslage und dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens baldmöglichst anpassen und zugleich alters- und zielgruppengerecht ausgestalten. Dies betrifft Aufgabe, Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie die Bestimmung der durch Früherkennung erfassbaren Zielkrankheiten.

Dem G-BA wird eine Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes eingeräumt, um in seinen Richtlinien zunächst das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2 erstmalig zu regeln. Auch bei der Ausstellung der Präventionsempfehlung sind das in § 12 Absatz 1 verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot und die darin aufgeführten Maßstäbe (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, notwendig) zu beachten.

Die präventionsorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung beinhaltet eine umfassende Bewertung von Vorsorgemaßnahmen auf der Grundlage der Methoden der evidenzbasierten Medizin. Da diese im Vergleich zur Regelung der Präventionsempfehlung fachlich anspruchsvoller und zeitaufwändiger ist, wird dem G-BA hierfür eine Frist von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes gegeben. Diese Frist verlängert sich im Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.

Zu Nummer 15 (§ 26)

Das vorrangige Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von wesentlichen und wirksam behandelbaren Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Mit der Neufassung des Absatzes 1 werden die Untersuchungen verstärkt auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel) ausgerichtet. Dabei ist den aktuellen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, dass im Kindesalter chronische, lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Zudem manifestiert sich eine Reihe relevanter Krankheiten und Krankheitsrisiken auch in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen wie auch während der Pubertät.

Zu Buchstabe a

Die Regelungen der Vorschrift befassen sich mit Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter. Dies ist auch in der Überschrift zum Ausdruck zu bringen.

Zu Buchstabe b

Satz 1 weitet das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter durchgängig bis zum achtzehnten Lebensjahr aus. Ausgangspunkt sind eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte wissenschaftliche Expertise, die die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung für Kinder im Alter von neun Jahren empfiehlt, wie auch die Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes, demzufolge während der Pubertät besondere gesundheitliche Belastungen und Risiken auftreten. Der G-BA bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen. Für seine Entscheidung kann er die genannten Studien und weitere wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ausweitung der Untersuchungen in dieser Altersgruppe unter Beachtung des in § 12 Absatz 1 verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes als Grundlage heranziehen. Die Früherkennungsuntersuchungen und deren Ausgestaltung sollen dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Bereits nach den geltenden Kinder-Richtlinien haben sich ärztliche Maßnahmen unter anderem auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (z. B. kognitiver Entwicklungsrückstand, Störungen der emotionalen oder sozialen Entwicklung) zu richten. Deshalb wird klargestellt, dass sich die Früherkennungsuntersuchungen auch auf Krankhei-

ten beziehen, die die psychosoziale (d. h. die kognitive, emotionale und soziale) Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden; dabei gelten die Kriterien nach § 25 Absatz 3 (vgl. Absatz 2). Damit findet auch das in den letzten Jahren veränderte Krankheitsspektrum bei Kindern im Gesetz Berücksichtigung.

Durch die Regelung der Sätze 2 bis 4 wird klargestellt, dass der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin auch über vordringliche Gesundheitsrisiken informiert, die für die betreffende Altersgruppe des Kindes relevant sind oder dem in der Untersuchung erhobenen individuellen Risikoprofil des Kindes entsprechen. Zudem soll in Form von Kernbotschaften auf Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes hingewiesen werden. Über die Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einschließlich alterstypischer Unfallgefahren sowie über weitergehende gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen (einschließlich regionaler Eltern-Kind-Unterstützungsangebote wie „Frühe Hilfen“) soll ebenfalls aktiv informiert werden. Soweit medizinisch angezeigt soll eine ärztliche Bescheinigung (Präventionsempfehlung) ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen ist. Es wird klargestellt, dass sich diese Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nicht nur an die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern – insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter – auch an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Die Informationsinhalte der Präventionsempfehlung werden vom G-BA in den Richtlinien über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand festgelegt. Präventionsorientierte Informationen und Hinweise sind bereits regelmäßiger Bestandteil der ärztlichen Behandlung und Beratung auch der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Nach Satz 6 bleibt die bisherige Altersgrenze bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten („Vollendung des 6. Lebensjahres“) unverändert bestehen. Die Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen von über 6-jährigen Kindern wird schon heute durch die Regelungen in den §§ 21 und 22 sichergestellt.

Zu Buchstabe c

Entsprechend der Regelung in § 25 Absatz 4 Satz 4 wird auch in § 26 Absatz 2 Satz 2 vorgegeben, dass der G-BA in seinen Richtlinien nach § 92 für die Gesundheitsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter erstmals innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln hat.

Zu Nummer 16 (§ 65a)

Zu Absatz 1

Nach dem bisher geltenden Absatz 1 kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten haben. Um die Inanspruchnahme von Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder Leistungen zur primären Prävention zu fördern, wird die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen. Um zu vermeiden, dass Boni auch für Maßnahmen geleistet werden, die nur einen mittelbaren oder keinen Bezug zur Gesundheitsförderung haben, wird die Anreizfunktion der Bonusprogramme ausschließlich auf zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 Satz 1 ausgerichtet. Boni der Krankenkassen ohne Gesundheitsbezug sind damit ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Nach dieser Vorschrift kann die Krankenkasse in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Um Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wirksamer zu fördern, wird die bisherige Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt. Jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als Anreize für Unternehmen und ihre Beschäftigten vorzusehen.

Zu Nummer 17 (§ 130a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Nummer 18 (§ 132e)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Einfügung wird klargestellt, dass auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zur Versorgung mit Schutzimpfungen geeignete Ärzte im Sinne der Vorschrift sein können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte können aufgrund ihrer Nähe zu den Beschäftigten in den Betrieben einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Impfquoten leisten. Die Regelung stellt deshalb sicher, dass auch diese zur Vornahme von allgemeinen Schutzimpfungen bei Versicherten zu Lasten der Krankenkassen berechtigt sein sollen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Nummer 19 (§ 132f)

Die Krankenkassen werden ermächtigt, in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 zu schließen. Dabei sind die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien des G-BA für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 zu berücksichtigen. Ziel dieser Öffnungsklausel ist es, den erwerbstätigen Versicherten einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen zu ermöglichen. Gegenstand der Verträge können nur solche Untersuchungsleistungen sein, die nicht bereits als Bestandteil einer arbeitsmedizinischen Vorsorge vorgesehen sind. Soweit möglich, sind die Gesundheitsuntersuchungen durch die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt anlässlich einer arbeitsmedizinischen Vorsorge zu erbringen.

Zu Nummer 20 (§ 140f)

Die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderter Menschen sind bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einzubeziehen. Insbesondere im Hinblick auf die vorgesehene Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie durch die Nationale Präventionskonferenz kann nicht auf den Sachverstand von Menschen mit Behinderungen sowie von Patientinnen und Patienten verzichtet werden. Sie sind Expertinnen und Experten in eigener Sache und können so ihre Erfahrungen in den Beratungsprozess sowohl im Rahmen der Präventionskonferenz als auch im Rahmen des Präventionsforums einbringen. Damit wird auch dem Anspruch aus der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung getragen, die volle Teilhabe behinderter Menschen in allen Bereichen des Lebens herzustellen.

Hierzu benennen die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen einvernehmlich sachkundige Personen, von denen mindestens die Hälfte selbst Betroffene sein sollen (§ 4 Absatz 1 Satz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung). Ihre Anzahl ist auf die Anzahl der GKV-Vertreterinnen und -Vertreter begrenzt; das sind nach § 20e Absatz 1 Satz 1 zwei Personen. Benennungsberechtigt sind die in der Patientenbeteiligungsverordnung benannten Organisationen: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentrale Bundesverband. Das Einvernehmen ist kenntlich zu machen (§ 4 Absatz 1 Satz 2 Patientenbeteiligungsverordnung).

Den sachkundigen Personen steht nach Absatz 5 ein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten, Verdienstausschlag und Aufwandsentschädigung gegen das Gremium zu, in dem sie mitberaten. Der Verdienstausschlag ist auf 1/75 der monatlichen Bezugsgröße, für 2015 37,80 Euro pro Stunde, und höchstens zehn Stunden und die Aufwandsentschädigung auf 1/50 der monatlichen Bezugsgröße, für 2015 56,70 Euro pro Sitzungstag, festgelegt.

Zu Nummer 21 (§ 300)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1**

Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, also Leistungen, die sich an den einzelnen Versicherten richten und das Ziel verfolgen, Krankheitsrisiken durch die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens zu reduzieren, wie Präventionskurse, wird bestimmt, dass diese nur erbracht werden können, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert wurde. Mit der vorgesehenen Möglichkeit zur Beauftragung eines Dritten durch eine oder auch durch mehrere Krankenkassen wird das bereits seit Januar 2014 von der überwiegenden Mehrzahl der Krankenkassen praktizierte Verfahren zur Zertifizierung von Präventionskursen durch einen privaten Dienstleister („Zentrale Prüfstelle Prävention“) auf eine rechtliche Grundlage gestellt.

Zu Nummer 2

Die Vorschrift regelt die ab 2016 zu leistende Vergütung, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 pauschal zu entrichten ist. Sie wird zu mindestens einem Viertel aus dem Betrag geleistet, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mindestens aufzuwenden haben. Krankenkassen, die keine eigenen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten initiieren wollen oder können, haben die Möglichkeit, den nach § 20 Absatz 6 Satz 2 erforderlichen Mindestbetrag für Leistungen in Lebenswelten bis zu voller Höhe für die Aufgabenwahrnehmung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Satz 1 zur Verfügung zu stellen. Der neue Satz 5 regelt die Fälligkeit der Vergütung. Entsprechend der in § 20 Absatz 6 Satz 3 vorgesehenen jährlichen Anpassung des Mindestausgabenbetrages für Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten ist auch die Vergütung nach Satz 4 jährlich anzupassen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

In entsprechender Anwendung des § 20 Absatz 5 Satz 1 können im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringende Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention nur dann erbracht werden, wenn deren Qualität in einem Verfahren nach § 20 Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert wurde.

Zu Buchstabe b

Absatz 3 sieht vor, dass die Krankenkassen den Unternehmen Beratung und Unterstützung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung anbieten (Satz 1). Hierzu sollen keine Mehrfachstrukturen geschaffen, sondern bestehende Strukturen wie Geschäfts- und Servicestellen der Krankenkassen, die gemeinsame Servicestellen nach §§ 22 und 23 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und moderne Kommunikationsmittel und -medien genutzt werden. Mit der Regelung soll die in der betrieblichen Gesundheitsförderung erforderliche Zusammenarbeit der Krankenkassen gefördert und ein niedrigschwelliger Zugang zu den Leistungen für Unternehmen geschaffen werden. Die Koordinierungsstellen sollen bei der Inanspruchnahme der Leistungen helfen, indem sie insbesondere über diese informieren und die Klärung der Krankenkasse herbeiführen, die im Einzelfall Leistungen im Betrieb initiiert (Satz 2). Kleinere Betriebe lassen sich häufig über vorhandene örtliche Netzwerke erreichen. Deshalb sieht Satz 3 vor, dass örtliche Unternehmensorganisationen wie Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen an der Beratung beteiligt werden sollen. Nach Satz 4 bestimmen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Satz 5 dient der Verfahrensvereinfachung und bestimmt, dass die zum Zwecke der Erarbeitung und Durchführung von Kooperationsvereinbarungen nach Satz 4 erfolgende Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nicht der vorherigen Unterrichtung der Aufsichtsbehörden bedarf.

Die Regelung in Absatz 4 stellt für die Krankenkassen einen finanziellen Anreiz dar, den festgesetzten Mindestbetrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in voller Höhe auszugeben. Krankenkassen, deren Ausgaben den festgesetzten Mindestbetrag unterschreiten, müssen diese Mittel nach Satz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung stellen. Dieser verteilt die nicht verausgabten

Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf diejenigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4 geschlossen haben. Damit wird sichergestellt, dass die nicht verausgabten Mittel der Förderung bereits vorhandener Koordinierungsstellen zugute kommen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8. Die Regelung konkretisiert die Leistungen, die die Träger der Rentenversicherung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie zu erbringen haben und beinhaltet zugleich den Auftrag, diese Leistungen verstärkt zu erbringen. Der bereits bestehende Leistungsspielraum wird von den Rentenversicherungsträgern noch nicht ausgeschöpft. Zur weiteren Stärkung der Prävention in der gesetzlichen Rentenversicherung wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge entwickeln, um den Rentenversicherungsträgern innerhalb des Gesamt-Reha-Budgets mehr Entscheidungsfreiheit zu geben.

Zu Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8.

Zu Artikel 5 (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 16)

Die Familie ist prägend für das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Damit Eltern ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder wahrnehmen können, bedarf es einer stärkeren Förderung der gesundheitsbezogenen Elternkompetenz auch durch Bildung und Beratung. Die Vorschrift stellt deshalb ausdrücklich klar, dass Bestandteil der Angebote zur Familienbildung auch Maßnahmen sind, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Familie dienen. Dabei sollte die Kooperation mit den Krankenkassen angestrebt werden, die das Ziel der Gesundheitsförderung insbesondere mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten nach § 20a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch unterstützen.

Zu Nummer 2 (§ 45)

Die Einfügung erweitert die in Absatz 2 Satz 2 aufgezählten Regelbeispiele um den Aspekt der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen. Die Änderung stellt klar, dass die Unterstützung gesundheitsförderlicher Strukturen zu den Mindestvoraussetzungen für die Erteilung einer Betriebserlaubnis für Einrichtungen gehört, in denen Kinder oder Jugendliche ganztägig oder einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten und damit große Teile ihres Lebens verbringen. Wesentlicher Bestandteil eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes ist eine entsprechende Konzeption der Einrichtung, die eine gesundheitsförderliche Angebots- bzw. Arbeitsstruktur umfasst und zur Förderung des Bewusstseins für Gesundheit sowie zur Vermittlung entsprechender Kompetenzen der in der Einrichtung betreuten beziehungsweise untergebrachten Kinder und Jugendlichen beiträgt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Zu Absatz 1

Satz 1 sieht vor, dass die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen. Für die Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung enthält Satz 1 somit gegenüber der in § 20 Absatz 4 Nummer 2 SGB V und § 20a SGB V festgelegten Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten eine spezielle Vorschrift. Für Leistungen zur Prävention, die außerhalb dieser Einrichtungen zu erbringen sind, bleiben weiterhin die Krankenkassen zuständig. Satz 2 stellt klar, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1, insbesondere zur Gewährleistung einer aktivierenden Pflege, unberührt bleiben. Nach Satz 3 erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Auftrag zur Konkretisierung des Präventionsauftrags der Pflegekassen. Dies entspricht dem Verfahren wie es nach § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V für die Präventionsleistungen der Krankenkassen vorgesehen ist. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation können etwa Maßnah-

men aus den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung beitragen wie beispielsweise die Gestaltung einer vollwertigen Ernährung mit Hilfe des von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entwickelten Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen.

Zu Absatz 2

Satz 1 bestimmt, dass die Pflegekassen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 im Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro je Versicherten aufwenden. Dieser Ausgabenrichtwert ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen (Satz 2). Für den Fall, dass eine Anpassung des Richtwerts im Folgejahr wegen der zu geringen Höhe der prozentualen Veränderung nicht möglich ist, sieht Satz 3 vor, dass die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung des Richtwerts im Folgejahr sowie gegebenenfalls auch in den weiteren Folgejahren zu berücksichtigen ist.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift normiert, dass die Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen sollen. Die Regelung zielt darauf ab, durch eine Bündelung der von den Pflegekassen nach Absatz 2 zu verausgabenden Mittel die Effizienz und die Effektivität der Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu steigern.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Anpassungen dem bisherigen Absatz 1.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Absatz 2.

Zu Nummer 2 (§ 18)

Zu den Buchstaben a und b

Der neue Satz 4 bestimmt, dass im Rahmen der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt, auch eine Feststellung zum Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V zu erfolgen hat. Dem festgestellten Beratungsbedarf soll auch durch die Pflegeberatung nach §§ 7 und 7a entsprochen werden. Dies hat zum Ziel, eine Pflegebedürftigkeit insbesondere bei einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I zu vermeiden beziehungsweise deren Eintritt zu verzögern oder aber einer Verschlechterung vorzubeugen.

Zu Nummer 3 (§ 18a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Nummer 4 (§ 45)

Bereits nach geltendem Recht haben die Pflegekassen sowie im Rahmen der Pflege-Pflichtversicherung ebenfalls die privaten Versicherungsunternehmen für pflegende Angehörige sowie sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Pflegekurse anzubieten. Diese Pflegekurse sind ein wichtiges Instrument, um die Betroffenen darin zu unterstützen, die mit der Übernahme von Pflege einhergehenden vielfältigen Anforderungen besser bewältigen zu können. Dabei sollen nicht nur bestehende pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen gemindert werden. Die Pflegekurse sollen zugleich auch darauf ausgerichtet sein, bereits der Entstehung solcher Belastungen von vorneherein vorzubeugen. Das wird nun gesetzlich geregelt. Dieser präventive Ansatz ist sowohl schon bei der Konzeption der Pflegekurse mit in den Blick zu nehmen als auch bei der praktischen Durchführung der Kurse zu beachten.

Zu Nummer 5 (§ 113a)

Bereits die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege beinhalten präventive (prophylaktische) Maßnahmen, etwa die Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ oder „Dekubitusprophylaxe“. Die Ergänzung dieser Vorschrift unterstreicht diesen Zusammenhang. Auch der erste neue Expertenstandard nach § 113a beinhaltet präventive Maßnahmen; er befasst sich mit dem Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“. Der Expertenstandard-Entwurf „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ wurde im März 2014 im Rahmen einer Fachkonferenz konsentiert und wird derzeit im Auftrag der Vertragspartner nach § 113 in einem nächsten Schritt modellhaft implementiert.

Zu Artikel 7 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Regelung des neuen Satz 2 soll für die Pflegekassen einen finanziellen Anreiz schaffen, den Betrag nach Absatz 2 Satz 1 für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen in voller Höhe auszugeben. Pflegekassen, deren Ausgaben den Richtwert unterschreiten, müssen nach Satz 3 die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung stellen, der die Mittel auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention geschlossen haben. Satz 4 dient der Verfahrensvereinfachung und bestimmt, dass die zum Zwecke der Erarbeitung und Durchführung von Kooperationsvereinbarungen nach Satz 4 erfolgende Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nicht der vorherigen Unterrichtung der Aufsichtsbehörden bedarf.

Zu Artikel 8 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Der neue Absatz 10a soll ergänzend zu der Regelung in Absatz 11 dazu beitragen, dass ein altersgemäßer Impfschutz nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) auch bereits für jüngere Kinder, die in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen werden, erreicht wird.

Im Bereich der Kinderimpfung hat Deutschland in den vergangenen Jahren große Fortschritte etwa bei der Maserndurchimpfung erzielt. Allerdings erfolgen Impfungen in vielen Fällen zu spät und nicht wie von der STIKO empfohlen bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres. In der Altersgruppe der Ein- bis Sechsjährigen ist daher der Anteil der Kinder, die beispielsweise für eine Maserninfektion empfänglich sind, immer noch sehr hoch. Für die betroffenen Kinder bleibt das Erkrankungsrisiko in dem Zeitraum bis zur Vervollständigung des Impfschutzes erhöht. Für die betroffenen Alterskohorten bedeutet dies, dass sich zum Beispiel beim Auftreten von Masern größere Krankheitsausbrüche ereignen können. Dies gilt insbesondere bei Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen. Hinzu kommt, dass sich der Anteil der Kinder, die nach Vollendung des ersten Lebensjahres eine Gemeinschaftseinrichtung besuchen, weiter erhöhen wird, nachdem diese Kinder seit dem 1. August 2013 gemäß § 24 Absatz 2 SGB VIII einen Rechtsanspruch haben, in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres frühkindlich gefördert zu werden. Bei den einjährigen Kindern wurde in den letzten Jahren die höchste altersspezifische Inzidenz von Masern beobachtet (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012, Hrsg. RKI 2013, S.146). Einrichtungen zur frühkindlichen Förderung und Kindergärten werden zudem häufig in verbundenen Einrichtungen betrieben. Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Durchimpfungsrate und einen Herdenschutz abzielen, sollten sich daher auf Kindergartenkinder und auf Kinder unter drei Jahren in einer Einrichtung zur frühkindlichen Förderung erstrecken.

Mit dem neuen Absatz 10a werden Personensorgeberechtigte verpflichtet, bei der Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung einen Nachweis darüber zu erbringen, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie die Hausärztinnen und -ärzte den wichtigsten Beitrag für die Gewährleistung eines altersgemäßen, nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutzes bei Kleinkindern leisten. Insbesondere durch die Früherkennungsuntersuchungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) finden regelmäßig Patientenkontakte statt, die jeweils zur Vervollständigung des Impfschutzes genutzt werden können.

Die vorgeschriebene ärztliche Vorstellung ist daher voraussichtlich geeignet, dass es zu der bezweckten Schließung bestehender Impflücken kommt. Die Durchführung der Schutzimpfungen ist freiwillig. Das Bestehen eines vollständigen Impfschutzes wird auch nicht als Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung geregelt.

Auf welche Weise der Nachweis der erfolgten Impfberatung zu erbringen ist, bestimmt sich nach Landesrecht. Dabei kommen grundsätzlich mehrere Wege für den Nachweis in Betracht, etwa eine aktuelle Eintragung im Impfpass. Durch den Rückgriff auf diese vorhandene Dokumentation kann der mit der Informationspflicht verbundene Zeitaufwand und die Kosten minimiert werden, insbesondere bei den Personen, die Impftermine ohnehin zeitgerecht wahrnehmen. Die Länder können aber auch die Vorlage bestimmter Bescheinigungen vorsehen. Dies gilt insbesondere für die Länder, die heute die Vorlage spezieller ärztlicher Bescheinigungen für die Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung verlangen oder die die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung als verpflichtend geregelt haben oder in denen die Kinder durch den öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht werden.

Die Länder können auch bestimmen, in welchem Zeitraum die nachgewiesene ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Damit kann unter Berücksichtigung landesspezifischer Besonderheiten sichergestellt werden, dass die Fristen auf die regelmäßigen Termine der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen hin ausgerichtet sind, an denen sich auch die Impfempfehlungen der STIKO zeitlich orientieren. Bei den Fristen ist dementsprechend insbesondere auch eine Differenzierung nach dem Alter der Kinder denkbar.

Die erforderliche Flexibilität der Regelung für die Länder wird darüber hinaus dadurch sichergestellt, dass weitergehende Regelungen der Länder, wie sie teilweise bereits heute bestehen, unberührt bleiben. In einigen Ländern ist für die Aufnahme in Kinderbetreuungseinrichtungen nicht lediglich der Nachweis einer ärztlichen Beratung vorgeschrieben, sondern z. B. eine Verpflichtung der Sorgeberechtigten eine ärztliche Bescheinigung darüber vorzulegen, dass das Kind alle seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechenden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten hat, oder schriftlich zu erklären, dass sie eine Zustimmung zu bestimmten Impfungen nicht erteilen. Die neue bundesgesetzliche Regelung entfaltet für entsprechende Regelungen der Länder keine Sperrwirkung. Den Ländern bleibt ferner eine mögliche Erweiterung des Anwendungsbereiches der Regelung etwa auf die Kindertagespflege vorbehalten.

Der Nachweis ist gegenüber der Leitung der Tageseinrichtung zu erbringen. Die Aufgabe des Personals der Tageseinrichtung bei Aufnahme beschränkt sich auf die Kontrolle der jeweiligen Bescheinigung im Hinblick auf den sich daraus ergebenden Termin der ärztlichen Vorstellung. Medizinisches Fachwissen ist nicht erforderlich.

Sofern die Sorgeberechtigten nach den landesrechtlichen Bestimmungen einen Nachweis vorzulegen haben, der Angaben zum Impfstatus enthält, kann es sinnvoll sein, dass diese Informationen auch für die Erfüllung von Aufgaben des Gesundheitsamtes zur Verfügung stehen, etwa für im Falle eines Krankheitsausbruchs anzustellende Ermittlungen nach § 25 oder für gezielte Aufklärungsmaßnahmen nach § 34 Absatz 10. Satz 4 ermächtigt daher das Gesundheitsamt anzuordnen, dass die Einrichtung nach Satz 1 und 2 erhobene Informationen zum Impfstatus in der Einrichtung für Zwecke der Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Die Ausgestaltung als Entscheidungsbefugnis des Gesundheitsamtes stellt zur Wahrung der Datensparsamkeit sicher, dass die Einrichtung die Daten nur dann und nur insoweit vorhalten muss, wenn dies vor dem Hintergrund der jeweiligen landesspezifischen Bestimmungen und nach der Einschätzung des örtlichen Gesundheitsamtes sinnvoll ist.

Zu Artikel 9 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 1. Die Förderung der Eigenverantwortung gehört auch zu den Kernaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und wird daher ebenso wie im SGB V ausdrücklich genannt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 14.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 2.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Die ergänzenden Vorschriften, durch die eine Ausweitung der Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorgenommen wird, werden in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung von der Anwendung ausgenommen. Im Gegensatz zur allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung ist die landwirtschaftliche Krankenversicherung als Pflichtversicherungssystem nicht für abhängig Beschäftigte, sondern für selbständige Landwirte und deren Familien ausgestaltet. Präventionsleistungen, einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch die Beiträge der selbständigen landwirtschaftlichen Unternehmer eigenfinanziert. Daher lassen sich in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht in gleichem Umfang wie in der allgemeinen Krankenversicherung Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen.

Zu Artikel 10 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Nummern 6, 7, 9 und 10.

Zu Artikel 11 (Änderung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR:**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (NKR-Nr. 3131)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	Erfüllungsaufwand	Geringer zusätzlicher Aufwand
Wirtschaft	jährlicher Erfüllungsaufwand	Geringer zusätzlicher Aufwand
Verwaltung	jährlicher Erfüllungsaufwand	295.000 Euro
Der in § 20b (4) SGB V festgeschriebene Verteilungsmechanismus für den Fall der Unterschreitung des Mindestbetrags für die betriebliche Gesundheitsförderung wird aus Sicht des NKR Erfüllungsaufwand verursachen. Falls dieser Mechanismus zum Tragen kommt, wird das Ressort den Erfüllungsaufwand quantifiziert werden. Der Nationale Normenkontrollrat macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags darüber hinaus keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.		

II. Im Einzelnen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Gesundheitsförderung und die Prävention gestärkt werden. Dies soll unter anderem durch folgende Maßnahmen geschehen:

1. Die unterschiedlichen Akteure auf dem Feld der gesundheitlichen Prävention sollen im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie ihre Aktivitäten besser koordinieren. Dafür wird eine nationale Präventionskonferenz gebildet, die gemeinsam zu verfolgende Ziele sowie zu verfolgende Handlungsfelder und Zielgruppen festlegt.
2. Der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen für die Leistungen zur Primärprävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wird auf jährlich sieben Euro pro Versicherten festgelegt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt im Auftrag der Krankenkassen Leistungen zur Prävention durch.
3. Die bisher bis zum 6. Lebensjahr reichenden Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden bis auf das vollendete 18. Lebensjahr ausgedehnt. Bei der Aufnahme von Kindern in eine Kindertagesstätte wird von den Eltern zusätzlich ein Nachweis für eine vorherige ärztliche Impfberatung vorgesehen.

II.1 Erfüllungsaufwand:

Bürgerinnen und Bürger:

Der Nachweis über eine erfolgte Impfberatung bei der Aufnahme von Kindern in Kindertagesstätten kann zu zusätzlichem Erfüllungsaufwand für die Eltern führen. Eine Quantifizierung ist nicht möglich, da diese wesentlich von der landesrechtlichen Ausgestaltung abhängt. In einigen Bundesländern besteht bereits eine über die neue bundesrechtliche Regelung hinausgehende Bestimmung, weshalb der zusätzliche Erfüllungsaufwand für die Bürger gering sein wird.

II.2 Wirtschaft:

Örtliche Unternehmensorganisationen (z.B. Unternehmensverbände) können zukünftig für betriebliche Gesundheitsförderung Kooperationsverträge mit den Krankenkassen abschließen. Da es sich nicht abschätzen lässt, wie viele solche Verträge geschlossen werden und wie deren Ausgestaltung ist, lässt sich der Erfüllungsaufwand nicht quantifizieren. Das Gleiche gilt für die betroffenen Krankenkassen.

II.3 Verwaltung:

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 295.000 Euro für die Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz.

Die deutliche Anhebung des Ausgabenrichtwerts für die Leistungen zur Prävention in Lebenswelten kann zu einem erhöhten Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen führen. Inwieweit bisherige Programme ausgeweitet werden oder neue initiiert werden, lässt sich dabei nicht abschätzen.

Sofern einzelne Krankenkassen den vorgeschriebenen Mindestbetrag für betriebliche Gesundheitsförderung unterschreiten, entsteht beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zusätzlicher Erfüllungsaufwand, der die nicht eingesetzten Mittel dann an bestehende Projekte zu verteilen hat. Das heißt im Falle der Unterschreitung der Mittel wird es zu einem nicht unerheblichen Erfüllungsaufwand (Prüfung, Erstellung eines Verteilungsschlüssels, Überweisungen von Krankenkassen an den GKV-SV, Rücküberweisung an verschiedene Landesverbände und Ersatzkassen) für den GKV-SV kommen. Sofern sich zukünftig herausstellt, dass das Verfahren regelmäßig zur Anwendung kommt, erwartet der NKR vom Ressort, den Erfüllungsaufwand zu erheben und eine kostenarme Lösung zu finden.

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich nicht abschätzen, ob und in welchem Umfang diese Pflicht zum Tragen kommt.

Darüber hinaus macht der NKR im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichterstatter

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 930. Sitzung am 6. Februar 2015 zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung genommen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 1 ist in § 1 Satz 2 der Punkt am Ende zu streichen und es sind folgende Wörter anzufügen:

„sowie die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit der Versicherten zu erhöhen.“

Begründung:

Die Ergänzung des § 1 Satz 2 SGB V soll sicherstellen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung nicht nur eine individuelle Verantwortung für Gesundheit fördert, sondern auch die Förderung von Rahmenbedingungen für Gesundheit zur Aufgabe hat. Neben einer individuell ausgerichteten Stärkung von Gesundheitskompetenzen, muss gemäß gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen auch der Aufbau von Strukturen für eine nachhaltige und wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention ausdrücklich betont werden.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 sind in § 20 Absatz 2 Satz 1 nach dem Wort „intersektoraler“ die Wörter „und interdisziplinärer“ einzufügen.

Begründung:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere in den Netzwerken Frühe Hilfen gemäß § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz, trägt maßgeblich zur gesundheitlichen Prävention bei. Durch ein berufsübergreifendes Zusammenwirken, zum Beispiel im Kontext Früher Hilfen als präventive Maßnahme, können auch Krankheitsrisiken und Beeinträchtigungen für das Wohl und die Entwicklung eines Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 3 Satz 1, Satz 2 und 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 ist § 20 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die jeweils aktuellen nationalen Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.“

b) Die Sätze 2 und 3 sind wie folgt zu fassen:

„Darüber hinaus werden die Prävention von Mangel- und Fehlernährung und die Übergewichts- und Adipositasprävention berücksichtigt. Bei der Berücksichtigung der nationalen Gesundheitsziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in den jeweils aktuellen Bekanntmachungen über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im Bundesanzeiger festgelegt sind.“

Begründung:Zu Buchstabe a:

Bei einer Änderung der nationalen Gesundheitsziele müsste das Präventionsgesetz ebenfalls geändert werden.

Zu Buchstabe b:

Prävention von Mangel- und Fehlernährung und die Übergewichts- und Adipositasprävention zählen nicht zu den nationalen Gesundheitszielen. Dem Thema Ernährung kommt in der Prävention und Gesundheitsförderung allerdings ein besonderer Stellenwert zu. Aktuelle Schätzungen zufolge entstehen in Deutschland jährlich Kosten in Höhe 100 Milliarden Euro für die Folgen ernährungsmitbedingter Krankheiten. In Deutschland sind 66 Prozent der Männer und 50,6 Prozent der Frauen übergewichtig oder adipös (Nationale Verzehrsstudie II). Erwachsenen gelingt es nur in sehr seltenen Fällen, ihre Ernährung dauerhaft auf eine gesundheitsförderliche Kost umzustellen. In der Kindheit erlerntes Essverhalten wird in der Regel mit geringen Variationen ein Leben lang beibehalten. Deshalb ist es ausgesprochen wichtig, dass der Mensch bereits als Kind ein gesundheitsförderliches Essverhalten lernt (Verhaltensprävention) und dabei durch entsprechend gestaltete Lebenswelten unterstützt wird (Verhältnisprävention).

4. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 5 Satz 1 und Satz 1a – neu – und Absatz 6 Satz 2, Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 ist § 20 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 sind nach der Angabe „§ 26 Absatz 1 Satz 3“ die Wörter „sowie eine Präventionsempfehlung nach § 18 Absatz 6 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ einzufügen.

bb) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen, wenn sich eine versicherte Person für die Teilnahme entscheidet und wenn die Leistung nach Absatz 2 Satz 2 zertifiziert ist.“

b) In Absatz 6 sind die Sätze 2 und 3 wie folgt zu fassen sowie Satz 4 anzufügen:

„Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens zwei Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Dieser Betrag ist bedarfsgerecht anzuheben und ist in den Folgejahren mindestens entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Die Höhe der Anhebung orientiert sich am Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20d Absatz 4).“

Begründung:Zu Buchstabe a:

Die Ergänzung soll sicherstellen, dass Maßnahmen auch ohne ärztliche Empfehlung in Anspruch genommen werden können, um den Zugang zu Präventionsmaßnahmen zu erleichtern.

Zu Buchstabe b:

Die Ergänzung soll sicherstellen, dass die Krankenkassen einen Mindestbeitrag für Leistungen zur Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen.

Der Betrag ist bedarfsgerecht anzuheben und ist entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 6 Satz 5 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 ist dem § 20 Absatz 6 folgender Satz anzufügen:

„Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 2 genannten Betrag für Leistungen nach § 20a in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung zu stellen.“

Begründung:

Mit dieser Ergänzung soll sichergestellt werden, dass die Kassen die in § 20 Absatz 6 SGB V genannten Beträge für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (je 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und andere Settings) tatsächlich ausgeben. Man kann damit rechnen, dass Kassen Ausgaben zur individuellen Verhaltensprävention, insbesondere für Präventionskurse, gezielt zur Mitgliederhaltung und -gewinnung einsetzen. Demgegenüber ist Prävention in Lebenswelten kaum wettbewerbsrelevant und die

Präventionsausgaben werden über den Gesundheitsfonds nicht ausgeglichen.

Eine Kasse handelt vor dem Hintergrund drohender Zusatzbeiträge rational, wenn sie die Mindestbeträge unterschreitet. Daher ist eine Regelung für den Umgang mit nichtverausgabten Mitteln im Gesetz unverzichtbar.

Für den Fall, dass die angezielten Ausgaben der Kassen für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht erreicht werden, ist in Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b (§ 20b Absatz 4 SGB V) eine Festlegung getroffen. Danach sollen nicht verbrauchte Mittel nach § 20b Absatz 1 SGB V an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeführt werden.

6. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 20a Absatz 2 erster Halbsatz SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 ist in § 20a Absatz 2 der erste Halbsatz wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und setzt dafür mindestens die nach § 20 Absatz 6 Satz 2 vorgesehenen Mittel ein.“

Begründung:

Die Verbindlichkeit des Mitteleinsatzes für Prävention in Lebenswelten in der nach § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V festgelegten Höhe ist korrespondierend zur dort gewählten verbindlichen Formulierung auch in § 20a Absatz 2 SGB V festzulegen. Die Verantwortlichen für die Lebenswelt Wohnen sind insbesondere die Kommunen. Diese erbringen auch bereits zum jetzigen Zeitpunkt Mittel, um die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken, beispielsweise finanzieren mehrere Kommunen anteilig Beratungsleistungen von Hebammen, die zu Familienhebammen fortgebildet sind, in Geburtskliniken.

7. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 20a Absatz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 sind in § 20a Absatz 2 die Wörter „mit einer angemessenen Eigenleistung“ zu streichen.

Begründung:

Bei der Bezeichnung „angemessenen Eigenleistung“ handelt es sich um einen unbestimmten Begriff, der dazu führen kann, dass Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht stattfinden, weil eine – wie auch immer geartete – „Eigenleistung“ als unzureichend bewertet wird; durch wen, wird ebenfalls nicht näher bestimmt. Damit steht die genannte Formulierung im Widerspruch zu Absicht und Ziel des Gesetzentwurfs, der Gesundheitsförderung und Prävention stärken will. Dass die Verantwortlichen in Institutionen bereit sein müssen, sich an Gesundheitsförderung und Prävention zu beteiligen und diese umzusetzen, wird als Voraussetzung eindeutig formuliert. Die genannte Formulierung ist daher als nicht zielführend zu streichen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 20a Absatz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 ist § 20a Absatz 3 wie folgt zu fassen:

„(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in den Lebenswelten gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3 und zur Sicherstellung und Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualität beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter Berücksichtigung der nach § 20f Absatz 1 geschlossenen jeweiligen Rahmenvereinbarungen und im Einvernehmen mit den Ländern, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ab dem Jahr 2016 die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und Qualitätssicherung sowie bei der Dokumentation und Bewertung von Ergebnissen zu beraten und zu unterstützen. Die BZgA erhält einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention. Über deren konkrete Verwendung schließt sie einen Kooperationsvertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab.

Die BZgA verhandelt für die Leistungen nach Satz 1 und 2 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die höchstens 20 Prozent der Summe entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben.“

Begründung:

Die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Evaluation über ein nationales Kompetenzzentrum muss gewährleistet werden. Dies ist Aufgabe der BZgA. Eine direkte Intervention in den Lebenswelten durch die BZgA im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann zu Parallelstrukturen in den Ländern zu führen. Um dies zu verhindern, soll die BZgA die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und Qualitäts- und Ergebnissicherung der Aktivitäten in Lebenswelten unterstützen.

Zudem stellt die Änderung sicher, dass die BZgA im Rahmen der angestrebten Landesvereinbarungen die vor Ort vereinbarten Präventionsmaßnahmen entsprechend den regionalen Bedürfnissen fördert. Ein Teil der für die BZgA vorgesehenen Mittel kann somit flexibel auf der Landesebene von den Kassen zusammen mit den Ländern eingesetzt werden.

9. Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 20b Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1 SGB V) und Nummer 7 (§ 20c Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 6 ist wie folgt zu fassen:

6. Der bisherige § 20a wird § 20b und wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden < weiter wie Gesetzentwurf >

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Unfallversicherungsträger“ die Wörter „sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden“ eingefügt.

b) In Nummer 7 sind in § 20c Absatz 1 Satz 2 nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „und den für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden“ einzufügen.

Begründung:

Die für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden sind nicht – auch nicht bei den regionalen Aktivitäten – einbezogen worden. Der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) wird damit ein wesentlicher kompetenter Mitstreiter, der über konkrete Informationen der regionalen betrieblichen Gegebenheiten und Handlungserfordernisse verfügt, entzogen. Im Interesse einer ganzheitlichen und verhältnispräventiven Strategie der BGF sind die hier möglichen Potentiale und Synergien mit auszuschöpfen.

10. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20d Absatz 1 und Absatz 3 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist § 20d wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 1 sind nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „, Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende“ einzufügen.

b) In Absatz 3 Satz 3 ist das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist zu ergänzen. Insbesondere Langzeitarbeitslose gehören zu dem Adressatenkreis, der gemäß § 20 SGB V angesprochen und erreicht werden soll. Deshalb sollen alle Träger an den Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention mitwirken, die Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch erbringen. Die Rahmenempfehlungen sind im Einvernehmen mit den anderen Akteuren zu schließen.

11. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20d Absatz 3 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 sind in § 20d Absatz 3 Satz 4 das Wort „sowie“ durch ein Komma zu ersetzen und nach dem Wort „Landesjugendbehörden“ die Wörter „sowie die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden“ einzufügen.

Begründung:

In den Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung

und Prävention sowie der Zusammenarbeit bei der Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben der zuständigen Träger und Stellen sollen insbesondere die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt werden. Daher ist neben der ohnehin vorgesehenen Beteiligung der Unfallversicherungsträger auch eine Beteiligung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden zwingend erforderlich.

12. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20f Absatz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist § 20f Absatz 1 wie folgt zu fassen:

„(1) Zur Durchführung der Aufgaben nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c und zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen einschließlich der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden schließen die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, gemeinsam und im Einvernehmen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen zur Prävention zuständigen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, der Agentur für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die Obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen die in den Ländern zuständigen Stellen.“

Begründung:

Die Vorschrift verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die gemeinsam und im Einvernehmen mit den weiteren genannten Sozialversicherungsträgern sowie mit den von der Obersten Landesgesundheitsbehörde benannten Stellen, gemeinsame Rahmenvereinbarungen zu schließen. Die Ergänzung um die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden ist auch erforderlich, damit deutlich wird, dass in dem neuen § 20f Absatz 1 SGB V unter „in den Ländern zuständige Stellen“ auch die jeweiligen obersten Arbeitsschutzbehörden zu subsumieren sind. Diese sind bei der Ausgestaltung der länderspezifischen Rahmenvereinbarungen entsprechend mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird der in § 20 Absatz 3 SGB V hergestellte Bezug zur gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie auch auf Landesebene gewährleistet.

13. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20f Absatz 2 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 sind in § 20f Absatz 2 Satz 2 nach den Wörtern „Bundesagentur für Arbeit“ die Wörter „, die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde“ einzufügen.

Begründung:

Da das „Setting“ Betrieb eine besondere Bedeutung für den Schutz der Gesundheit und die Vorbeugung gesundheitlicher Beeinträchtigungen hat, muss die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde ebenfalls im Prozess der Erarbeitung der Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie beteiligt werden.

14. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 24d Satz 1, Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 12 ist wie folgt zu fassen:

„12. § 24d wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.
- b) In Satz 3 wird vor dem Wort „Beratung“ das Wort „präventionsorientierte“ eingefügt.
- c) Folgender Satz wird angefügt:
„Die Beratung umfasst außerdem Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe.“ ‘

Begründung:Zu Buchstabe a:

Da viele gesundheitliche Schwierigkeiten (Wochenbett-Depressionen, Kinder mit Regulationsstörungen – vor allem „Schreibabies“ -, Fragen der Ernährung des Kindes und so weiter) erst nach dem zweiten Monat auftreten, ist die Ausweitung der Hebammenleistungen erforderlich.

Erfahrungen zeigen zudem, dass die angebotenen abrechenbaren Besuche derzeit angesichts des engen Zeitfensters nicht in dem Umfang abgerufen werden können, wie dies zur gesundheitlichen Vorsorge sinnvoll wäre. Eine bei Bedarf mögliche zeitliche Verlängerung der Hebammenleistungen kann einen wichtigen Beitrag zur Prävention vor gesundheitlichen Schäden des Kindes leisten. Die Ausweitung zielt auf die Förderung des gesunden Aufwachsens des Kindes, sie erspart gesundheitliche Folgekosten und ist daher gesundheitspolitisch sinnvoll und geboten.

Die Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ist für Hebammenleistungen daher zeitlich auf sechs Monate zu verlängern, ohne die Zahl der 36 abrechenbaren Besuche zu erhöhen (vgl. auch Stellungnahme des Bundesrates vom 27. Mai 2011, BR-Drucksache 202/11 (Beschluss) Ziffer 1 Buchstabe b).

Zu Buchstabe b und c:

Familienmedizinisch tätige Vertragsärztinnen und -ärzte sollen angeregt werden, präventiv im Kontext Früher Hilfen tätig zu werden. Insbesondere Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf sind auf eine gute Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe angewiesen.

15. Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 26 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 15 sind in § 26 Absatz 1 Satz 2 nach dem Wort „Kind“ die Wörter „, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – und im Bereich der Frühen Hilfen im Sinne von § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ einzufügen.

Begründung:

Familienmedizinisch tätige Vertragsärztinnen und -ärzte sollen angeregt werden, präventiv im Kontext Früher Hilfen tätig zu werden. Insbesondere Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf sind auf eine gute Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe angewiesen.

16. Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 26 SGB V)

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die mit dem Präventionsgesetz verfolgte Gesundheitsförderung und Prävention auch bei den Gesundheitsuntersuchungen vor Eintritt in das Arbeitsleben stärker Eingang finden muss.

§ 26 SGB V soll künftig „Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“ umfassen. Es wird damit nicht nur die Zielgruppe auf Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausgeweitet, sondern auch die Zielsetzung bezüglich der allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt. Dieser Ansatz wird ausdrücklich begrüßt.

Der Bundesrat hält es aber für erforderlich, dass auch die bestehenden Untersuchungen für Jugendliche im Zusammenhang mit dem Berufseinstieg auf ein vergleichbares Niveau angehoben werden. Jugendarbeitsschutzuntersuchungen müssen durch Ergänzung eines präventiven Ansatzes verbindlich aufgewertet werden.

Der Bundesrat bittet daher die Bundesregierung, möglichst zeitnah im Rahmen eines künftigen Gesetzgebungsverfahrens, die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gemäß §§ 32 ff. Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) im Kontext zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffenden Präventionsempfehlungen zu novellieren.

Der Bundesrat verbindet damit auch die Hoffnung, dass sich die Chancen, Jugendarbeitsschutzuntersuchungen und andere Gesundheitsuntersuchungen für Jugendliche aus Gründen der Effizienz zusammenführen zu können, deutlich verbessern.

Begründung:

Ziel muss es sein, auch die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gemäß §§ 32 ff. JArbSchG, die sich an alle Jugendliche wendet, die in das Berufsleben einsteigen (bis Vollendung des 18. Lebensjahres), durch einen präventiven Ansatz aufzuwerten.

Mit Blick auf die Handlungsempfehlungen im Ergebnis des Forschungsprojektes „Ärztliche Untersuchungen von jungen Menschen unter achtzehn Jahren im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung im Arbeitsleben in ausgewählten EU-Mitgliedstaaten“, das 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von einem Projektverbund der Technischen Universität Dresden durchgeführt wurde, sind die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen stärker in die allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung auf der Basis von Gesundheitszielen zu integrieren. Konkret wurde unter anderem empfohlen:

Der Arztkontakt sollte im Rahmen der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen stärker zur allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung und damit zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele genutzt werden. Die Erstuntersuchung bietet die Chance, denjenigen Jugendlichen präventive Gesundheitsmaßnahmen und -beratung zukommen zu lassen, die frühzeitig die Schule beenden und ins Erwerbsleben eintreten. Gerade diese Jugendlichen werden im Rahmen anderer Präventionsmaßnahmen oft schwer erreicht.

Von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des JArbSchG (2006 – 2011) wurde eine Unterarbeitsgruppe zu der Frage der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eingesetzt, die sich ebenfalls dafür ausgesprochen hat, den Präventionsauftrag der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen zu stärken und die Qualifikation der Ärzte sowie die Qualität der Untersuchungen zu verbessern. Der Aspekt der ärztlichen Beratung sollte im Gesetz stärker zum Ausdruck kommen.

Das eröffnet auch der Ermächtigung für die Länder gemäß § 46 Absatz 2 JArbSchG, Jugendarbeitsschutzuntersuchungen und Untersuchungen für Jugendliche nach anderen Vorschriften zusammenführen zu können, neue Möglichkeiten.

Untersuchungen für Jugendliche unter Berücksichtigung ihres Entwicklungszustandes aus unterschiedlichen Anlässen müssen auch aus Gesichtspunkten der Effizienz aufeinander abgestimmt werden.

17. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 65a Absatz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 16 ist dem § 65a folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Die Krankenkassen unterstützen aktiv die Implementierung von betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen.“

Begründung:

Arbeitgeber, insbesondere kleine und mittlere Unternehmen (KMU), benötigen aktive Unterstützung bei der Einrichtung von betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen. Mittel- und langfristige positive Effekte einer betrieblichen Gesundheitsmedizin sind nur bei entsprechender fachlicher Unterstützung zu erreichen. Bisher können nur Großbetriebe mit eigenen betriebsärztlichen Fachdiensten diese positiven Gesundheitsleistungen realisieren.

18. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 65a SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, inwieweit neben der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auch das weiterführende betriebliche Gesundheitsmanagement berücksichtigt werden kann.

Begründung:

Begrüßt wird, dass der Gesetzentwurf die Notwendigkeit der gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten, so unter anderem der Arbeitswelt, aufgreift. Damit findet folgerichtig die seit Jahren weit verbreitete betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit ihrem hauptsächlich verhaltensbezogenen Ansatz eine angemessene Berücksichtigung. Präventive Maßnahmen können sich heute aber nicht mehr auf Einzelinitiativen (zum Beispiel Rückenschule, Stress-Bewältigungsseminare) beschränken, wenn sie erfolgreich sein sollen, sondern müssen den Betrieb als Gesamtsystem einbeziehen. Als nächsthöhere qualitative Stufe sollte das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) angemessene Berücksichtigung im künftigen Präventionsgesetz

finden und begrifflich aufgenommen werden. 'Die betriebliche Gesundheitsförderung ist möglichst kontinuierlich zu einem betrieblichen Gesundheitsmanagement auszubauen, das mit Aktivitäten des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements verzahnt ist, um das Ziel eines „gesunden Betriebes“ zu erreichen.' heißt es in einer Empfehlung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus dem Jahre 2013. Das BGM als kontinuierlicher Prozess trägt der Entwicklung der Arbeitswelt Rechnung. Der damit verfolgte effiziente, systematische und transparente Ansatz verhilft auch zu einer langfristigen Kostenentlastung der sozialen Sicherungssysteme (siehe zum Beispiel Veröffentlichung vom April 2014, erstellt unter Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: „Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen: Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement“).

19. Zu Artikel 5 Nummer 2 (§ 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB VIII)

Artikel 5 Nummer 2 ist zu streichen.

Begründung:

Der zuletzt durch das Bundeskinderschutzgesetz neu gefasste § 45 SGB VIII hat sich in der Praxis bewährt. Die Zielsetzung gesundheitlicher Vorsorge wird bereits durch den § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB VIII erfasst. Es besteht daher kein Bedarf für die Setzung neuer Betriebserlaubnisstandards. Außerdem erfasst auch der Förderauftrag nach §§ 22, 22a SGB VIII gesundheitsfördernde Aspekte. Die Ausgestaltung dieses Förderauftrages findet ihren Niederschlag in den Bildungs- und Erziehungsplänen der Länder. Ein Regelungsbedarf besteht somit auch daher nicht.

20. Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 6 Nummer 1 ist § 5 Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) Nach dem Wort „Prävention“ sind die Wörter „in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen sowie“ einzufügen.
- b) Die Wörter „und der Pflegeeinrichtung“ sind durch die Wörter „und bei Bedarf der Angehörigen sowie je nach Zuständigkeit der Pflegeeinrichtung oder des ambulanten Pflegedienstes“ zu ersetzen.

Begründung:

Durch die Änderung in § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird die Beschränkung auf den stationären Bereich aufgehoben.

21. Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 5 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 6 Nummer 1 ist in § 5 Absatz 2 Satz 1 die Angabe „0,30“ durch die Angabe „0,70“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Betrag wird von derzeit 0,30 Euro (21 Millionen Euro) pro Versicherten auf 0,70 Euro (49 Millionen Euro) angehoben.

22. Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe c – neu – (§ 18 Absatz 8 – neu – SGB XI)

Dem Artikel 6 Nummer 2 ist folgender Buchstabe c anzufügen:

- c) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Sofern eine Pflegebedürftigkeit nicht festgestellt wird, bieten die zuständigen Leistungsträger umgehend erforderliche Maßnahmen zur Prävention an, um Pflegebedürftigkeit nach Möglichkeit zu verhindern oder zu verzögern.“

Begründung:

Die Anfügung von § 18 Absatz 8 SGB XI ist notwendig, um einen verpflichtenden Beratungsbedarf festzuhalten und so Pflegebedürftigkeit nach Möglichkeit zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

23. Zu Artikel 8 (§ 34 Absatz 10a IfSG)

In Artikel 8 ist § 34 Absatz 10a wie folgt zu fassen:

„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den altersentsprechenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt die Initiative der Bundesregierung, dem Impfschutz von Kindern in Tageseinrichtungen ein besonderes Augenmerk zu schenken. Es hat sich gezeigt, dass die ärztliche Beratung der Sorgeberechtigten für einen altersgerechten Impfstatus von Kindern entscheidend ist. Die Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes wird insoweit befürwortet.

Der Vorschlag der Bundesregierung wird jedoch abgelehnt, soweit die Länder verpflichtet werden, das Nähere zum Nachweis der Inanspruchnahme einer ärztlichen Beratung zu regeln. Die entsprechenden Bestimmungen sind daher zu streichen. Der Bundesrat weist darauf hin, dass es grundsätzlich keiner zusätzlichen landesgesetzlichen Regelungen bedarf. Eine derartige Verpflichtung der Länder führt vielmehr zu unnötigem Verwaltungsaufwand und einer weiteren Zersplitterung des Infektionsschutzrechts. Im Hinblick auf das Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln wäre zudem ein unnötiger Zeitverzug zu erwarten. Da die Früherkennungsuntersuchungen, die als Nachweis einer ärztlichen Impfberatung ebenfalls vorgelegt werden können, bundeseinheitlich festgelegt sind, sind auch keine landesspezifischen Besonderheiten erkennbar.

Mit dem Hinweis auf weitergehende landesrechtliche Regelungen wird den Ländern nach Ansicht des Bundesrates ausreichend Spielraum zum Vollzug der Vorschrift eingeräumt, zum Beispiel bezüglich der Art und Weise der Dokumentation. Der Bundesrat erkennt insoweit an, dass es Aufgabe der Länder sein wird, Vollzugshinweise und Hilfestellungen zur Verfügung zu stellen. Dies kann dann jedoch auf einem niedrigeren Niveau als einem Landesgesetz geschehen.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, gegebenenfalls eine solche Regelung für § 34 Absatz 10a IfSG vorzuschlagen, die nach ihrer Auffassung den notwendigen und bundeseinheitlichen Mindeststandard für den Nachweis bestimmt.

24. Zu Artikel 11a – neu – (§ 192 Absatz 1a – neu – VVG)

Nach Artikel 11 ist folgender Artikel 11a einzufügen:

„Artikel 11a

Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Nach § 192 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch ..., wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Versicherer soll Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten anbieten. Dabei können sich die Versicherer an Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten in Kooperation mit den in den Ländern zuständigen Stellen und Sozialversicherungsträgern beteiligen.“

Begründung:

Viele Volkskrankheiten entstehen im Laufe des Lebens aufgrund von Lebensstil und Lebensbedingungen. Mit Präventionsmaßnahmen können solche Entwicklungen verhindert oder zumindest verzögert werden. Dies betrifft nicht nur die gesetzlich Versicherten, sondern auch die Versicherten der Privaten Krankenbeziehungsweise Pflegeversicherung. Um möglichst alle von Präventionsmaßnahmen profitieren zu lassen,

ist es deshalb erforderlich, dass auch die Private Kranken- und Pflegeversicherung Angebote der Primärprävention und Gesundheitsförderung anbieten.

Zum Gesetzentwurf insgesamt

25. Der Bundesrat stellt fest, dass Fehl- und Überernährung sowie ihre Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus Typ II oder Muskel- und Skeletterkrankungen in Deutschland jährlich enorm hohe Kosten verursachen und dadurch das Gesundheitssystem dauerhaft belasten.

Der Bundesrat bittet deshalb die Bundesregierung, den Stellenwert einer gesundheitsförderlichen Ernährung sowie der dazugehörigen Rahmenbedingungen beim Entwurf des Präventionsgesetzes und auch im Kontext des Gesundheitszieleprozesses angemessen zu berücksichtigen und bittet die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen.

Begründung:

Der Bundesrat befürwortet und unterstützt die Erarbeitung des Entwurfes eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg). Alltägliche Gewohnheiten im Bereich der Ernährung und Bewegung sind Lebensstil prägende Verhaltensweisen, die die Gesundheit der Menschen unmittelbar beeinflussen. Es besteht gesellschaftlicher Konsens darüber, dass es wichtig ist, die Beschäftigungsfähigkeit der Menschen möglichst früh und lange zu erhalten sowie ihre Lebensqualität zu fördern. Vor diesem Hintergrund besitzen Gesundheitsförderung und die Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen – von Karies und Bluthochdruck über Diabetes mellitus Typ II, Adipositas und orthopädischen Erkrankungen bis hin zu Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen wie beispielsweise Dickdarmkrebs – enormes gesundheitserhaltendes Potential, das hinsichtlich Bedeutung sowie Ausgestaltung und Finanzierung präventiver Maßnahmen in Lebenswelten wie Kita, Schule, Arbeitsort, Familie et cetera zu berücksichtigen ist.

26. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass im Präventionsgesetz der Stellenwert einer gesundheitsförderlichen Ernährung sowie der dazugehörigen Rahmenbedingungen generell deutlicher benannt und konkretisiert werden sollte.

Vor diesem Hintergrund schlägt der Bundesrat vor, Handlungsziele aus dem Bereich Ernährung, wie zum Beispiel Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung, altersübergreifend zu benennen.

Der Bundesrat begrüßt die stärkere Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zentral ist hierbei zukünftig eine stärkere Fokussierung auf die Verhältnisprävention, wie beispielsweise die Optimierung betrieblicher Verpflegungsangebote. Durch die Veränderung der Lebensstile und die steigenden Arbeitsanforderungen sowie den steigenden Anteil älterer Arbeitnehmer kann die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nur bei einer ausgewogenen und bewussten Ernährungsweise erhalten oder verbessert werden. Aktuell erschöpfen sich die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung vor allem in verhaltensorientierten Kursen. Auch im Gesetzentwurf wird das umfassende Konzept der „Gesundheitsförderung und Prävention“ fast ausschließlich auf verhaltenspräventive Leistungen reduziert.

Der Bundesrat sieht mit Sorge, dass das Gesundheitsförderungspotential insbesondere während des Zeitraums vor und nach einer Geburt zu wenig berücksichtigt wurde. In keiner anderen Lebensphase wirken das Lebensumfeld und der Lebensstil so nachhaltig auf die spätere Gesundheit von Kind, Mutter und Familie wie in der Schwangerschaft und dem ersten Lebensjahr des Kindes. Vor diesem Hintergrund bittet der Bundesrat, entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen.

Besonders gefährdete Zielgruppen werden nach Auffassung des Bundesrates durch Präventionsempfehlungen noch zu wenig erreicht. Der erfolgreiche Ansatz der Stadtteilarbeit in Bezirken mit einem hohen Anteil von Menschen mit sozialer Benachteiligung sollte insofern im Präventionsgesetz eine stärkere Erwähnung finden.

Anlage 4

Gegenäußerung der Bundesregierung**Zu Nummer 1 – Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 Satz 2 SGB V)**

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Aus § 1 Satz 3 SGB V folgt bereits ausdrücklich, dass es zu den Aufgaben der Krankenkassen gehört, auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. In Konkretisierung dieser allgemeinen Aufgabenbeschreibung sieht § 20a Absatz 1 Satz 2 SGB V-E vor, dass die Krankenkassen unbeschadet der Aufgaben anderer mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Ergänzung zur Betonung der Aufgabe der Krankenkassen, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu unterstützen, ist daher nicht erforderlich.

Zu Nummer 2 – Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Zu dem gegenüber dem bisherigen Recht erweiterten Katalog von Kriterien, die gemäß § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V-E vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 Absatz 1 SGB V-E festzulegen sind, gehört ausdrücklich die intersektorale, also die system- und zuständigkeitsübergreifende Zusammenarbeit, die auch die berufsgruppenübergreifende Kooperation umfasst. Die vom Bundesrat geforderte Erweiterung des Kriterienkatalogs um „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ ist deshalb entbehrlich.

Zu Nummer 3 – Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 3 Satz 1, Satz 2 und 3 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Gemäß § 20 Absatz 3 SGB V-E hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Festlegung der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 Absatz 1 SGB V-E die im Gesetzentwurf benannten und im Bundesanzeiger veröffentlichten Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu berücksichtigen. Gegen die vom Bundesrat vorgeschlagene Ersetzung dieses starren, unter Angabe der Fundstelle im Bundesanzeiger erfolgenden Verweises durch einen dynamischen und pauschalen Verweis auf die „jeweils aktuellen nationalen Gesundheitsziele“ bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, soweit damit weder die Bestimmtheit noch die Bestimmbarkeit der Gesundheitsziele gegeben ist. Im Falle eines derart unbestimmten Verweises wäre für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Normadressaten nicht erkennbar, welche Gesundheitsziele bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 20 Absatz 2 SGB V-E zu berücksichtigen sind.

Im Übrigen trägt der Gesetzentwurf dem Anliegen des Bundesrates, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen neben den nationalen Gesundheitszielen auch die Prävention von Mangel- und Fehlernährung und die Übergewichts- und Adipositasprävention berücksichtigen soll, bereits hinreichend Rechnung. So enthalten die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 3 SGB V-E zu berücksichtigenden Gesundheitsziele, insbesondere „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“, „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ und „gesund älter werden“, vielfältige Handlungsempfehlungen zur Förderung ausgewogener Ernährung. Das in § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V-E bestimmte Gesundheitsziel bringt ausdrücklich auch die Bedeutung der Ernährung für ein gesundes Aufwachsen zum Ausdruck. Die Berücksichtigung der gesundheitlichen Risiken und Belastungen wie unausgewogene Ernährung in den für die Krankenkassen einheitlichen Handlungsfeldern und Leistungskriterien wird schließlich durch die in § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB V-E vorgesehene verpflichtende Einbeziehung von ernährungswissenschaftlichem Sachverstand sichergestellt.

Zu Nummer 4 – Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 5 Satz 1 und Satz 1a -neu – und Absatz 6 Satz 2, Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Bundesregierung teilt das mit dem Vorschlag des Bundesrates verbundene Anliegen, wonach eine im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit dokumentierte Präventionsempfehlung von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt werden soll. Die Bundesregierung wird die Umsetzung des Vorschlags prüfen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Mit der im Gesetzentwurf in § 20 Absatz 5 SGB V-E vorgesehenen Berücksichtigung ärztlicher Präventionsempfehlungen, die im Rahmen einer Untersuchung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V-E oder einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegeben werden, soll lediglich der Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung eingeschränkt werden. Ein Arztvorbehalt für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ist damit nicht verbunden. Soweit der Vorschlag des Bundesrates darauf zielt sicherzustellen, dass Leistungen auch ohne ärztliche Begründung in Anspruch genommen werden können, ist er daher entbehrlich. Zudem wird der Forderung des Bundesrates, dass die Krankenkassen nur Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention erbringen können, die nach § 20 Absatz 2 Satz SGB V-E zertifiziert sind, bereits durch die in Artikel 2 Nummer 1 des Gesetzentwurfs vorgesehene Regelung Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Der Gesetzentwurf sieht in § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V-E ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von mindestens 2 Euro je Versicherten jeweils für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten vor. Soweit die vom Bundesrat geforderte flexible Anpassungsklausel für die Präventionsausgaben der Krankenkassen ungeachtet der Belastbarkeit der Beitragszahler eine „bedarfsgerechte“, am Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz orientierte Anhebung des Ausgabenrichtwertes verlangt, entspricht diese nicht dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot, da weder für die Krankenkassen noch für die Beitragszahler hinreichend erkennbar ist, nach welchen Maßstäben sich die Ausgaben der Krankenkassen richten sollen. Ferner stellt die konkrete Bestimmung der Art und Weise der Ausgabenanpassung eine wesentliche Entscheidung dar, so dass der Parlamentsvorbehalt zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 5 – Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 Absatz 6 Satz 5 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung teilt das mit der Anregung des Bundesrates verbundenen Anliegen sicherzustellen, dass der in § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V-E genannte Betrag für Leistungen nach § 20a SGB V-E in Höhe von jährlich 2 Euro je Versicherten tatsächlich verausgabt wird, und wird eine Umsetzung dieses Anliegens im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 6 – Artikel 1 Nummer 5 (§ 20a Absatz 2 erster Halbsatz SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Die vom Bundesrat angeregte Festlegung der Verbindlichkeit des Mitteleinsatzes für Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in § 20a Absatz 2 SGB V-E ist bereits in § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V-E vorgesehen. Die Bundesregierung erkennt daher keinen Bedarf für eine zusätzliche Regelung.

Zu Nummer 7 – Artikel 1 Nummer 5 (§ 20a Absatz 2 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Querschnittsaufgaben einer Vielzahl von Akteuren auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und nicht allein Aufgabe der Krankenkassen. Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sollen insbesondere gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten unterstützen. Sie können nur dann erfolgreich sein, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure, wie insbesondere Länder oder Kommunen, an den Aktivitäten angemessen beteiligen. Dies entspricht auch dem im so genannten Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands vom 21.

Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014 konkretisiertem Aufgabenverständnis der Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Prävention. Um sicherzustellen, dass die bestehenden Leistungs- und Finanzierungsverantwortlichkeiten in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung auch zukünftig gewahrt bleiben und nicht zu Lasten der Krankenkassen verschoben werden, kann daher dem Vorschlag des Bundesrates, auf eine angemessene Eigenleistung der für die Lebenswelt Verantwortlichen zu verzichten, nicht gefolgt werden.

Die Bundesregierung teilt insbesondere auch nicht die Bedenken des Bundesrates, dass der Begriff der angemessenen Eigenleistung unbestimmt sei und dazu führen könne, dass Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht stattfinden, weil eine Eigenleistung als unzureichend bewertet wird. Bereits heute findet das Kriterium der „angemessenen Eigenleistung“ auf der Grundlage des Leitfadens Prävention in der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den für die jeweilige Lebenswelt zuständigen Trägern Anwendung und hat sich in der Praxis bewährt.

Zu Nummer 8 – Artikel 1 Nummer 5 (§ 20a Absatz 3 SGB V)

Die Bundesregierung ist mit dem Bundesrat darin einig, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und bei der Qualitäts- und Ergebnissicherung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten unterstützen soll. Die Bundesregierung wird die Umsetzung des Vorschlags des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, soweit dieser auf eine Einengung der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gerichtet ist.

Im Übrigen stimmt die Bundesregierung dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu. Für die vom Bundesrat geforderte Herstellung des Einvernehmens mit den Ländern, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bei der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband ist aus Sicht der Bundesregierung kein Bedarf erkennbar. Die im Gesetzentwurf (§ 20a Absatz 3 Satz 2 SGB V-E) vorgesehene Zugrundelegung der in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V-E getroffenen Festlegungen stellt sicher, dass die regionalen Bedürfnisse hinreichend berücksichtigt werden. § 20f Absatz 2 Satz 1 SGB V-E stellt ausdrücklich klar, dass die Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen bei der Vereinbarung der Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen die regionalen Erfordernisse zu berücksichtigen haben.

Zu Nummer 9 – Artikel 1 Nummer 6 (§ 20b Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1 SGB V) und Nummer 7 (§ 20c Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu.

Zu Nummer 10 – Artikel 1 Nummer 8 (§ 20d Absatz 1 und Absatz 3 Satz 3 SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates, wonach die Gruppe der langzeitarbeitslosen Menschen zu dem Adressatenkreis zählt, der mit Leistungen gemäß § 20 SGB V-E erreicht werden sollte. Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 und § 20 a SGB V-E fallen jedoch in die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht in die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Diese Träger nehmen Beratungs- und Vermittlungsaufgaben insbesondere mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung wahr. Zur Erreichung dieser Zielgruppe und zur Beseitigung von gesundheitsbedingten Vermittlungshemmnissen ist eine enge Kooperation der Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende erforderlich. Der Gesetzentwurf trägt dem mit der in § 20a Absatz 1 Satz 4 SGB V-E vorgesehenen Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende Rechnung, wenn mit Präventionsleistungen Personen erreicht werden sollen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist.

Darüber hinaus wird die Berücksichtigung der besonderen Belange insbesondere der langzeitarbeitslosen Menschen durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende an der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20d Absatz 3 Satz 4 SGB V-E und § 20e Absatz 1 Satz 7 SGB V-E) und an der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen (§ 20f Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V-E) sichergestellt.

Eine darüber hinausgehende Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende für die Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie, wie sie der Bundes-

rat anregt, ist nicht sachgerecht. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Träger nicht zur Sozialversicherung im Sinne des Sozialgesetzbuches zählen, und ihnen – anders als den im Gesetzentwurf benannten Sozialversicherungsträgern im gegliederten System der sozialen Sicherung – keine gesundheitsbezogenen Aufgaben zugewiesen sind, die sie in die Präventionsstrategie einbringen könnten.

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 11 – Artikel 1 Nummer 8 (§ 20d Absatz 3 Satz 4 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu.

Zu Nummer 12 – Artikel 1 Nummer 8 (§ 20f Absatz 1 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Der Vorschlag des Bundesrates sieht vor, dass gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene ausschließlich zur Durchführung der Aufgaben nach § 20 Absatz Nummer 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c SGB V-E und zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen zu schließen sind. Hiergegen bestehen aus Sicht der Bundesregierung Bedenken, soweit damit der Gegenstand der Vereinbarungen auf die Aufgaben der Krankenkassen nach den vorgenannten Vorschriften beschränkt würde und die Präventionsleistungen der Pflegekassen, der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung – obwohl weiterhin Vereinbarungspartner – unberücksichtigt blieben.

Darüber hinaus fordert der Bundesrat, dass die gemeinsamen Rahmenvereinbarungen auf Landesebene von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, „gemeinsam und im Einvernehmen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen zur Prävention zuständigen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, der Agentur für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ zu schließen sind. Nach Auffassung der Bundesregierung ist dem Begriff der Vereinbarung inhärent, dass eine solche nur dann zustande kommt, wenn alle Vereinbarungspartner zustimmen. Nach § 20f Absatz 1 Satz 1 SGB V-E sind Vereinbarungspartner die dort benannten Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen. Die Bundesregierung erkennt daher keinen Bedarf für die vom Bundesrat vorgeschlagene Herstellung des Einvernehmens. Des Weiteren ist eine verbindliche Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende in die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene aus den in der Gegenäußerung zu Nummer 10 Buchstabe a genannten Gründen abzulehnen.

Zu Nummer 13 – Artikel 1 Nummer 8 (§ 20f Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu.

Zu Nummer 14 – Artikel 1 Nummer 12 (§ 24d Satz 1, Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Eine Erweiterung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung zum Zeitraum für Hebammenleistungen von 12 Wochen auf 6 Monate nach der Geburt wird abgelehnt. Ziel der Hebammenleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft und nicht die psycho-soziale Betreuung. Insoweit ist der im Gesetzentwurf enthaltene Zeitraum von 12 Wochen angemessen.

Zu Buchstabe b und c

Versicherte haben derzeit nach § 24d Satz 1 SGB V einen Anspruch auf ärztliche Beratung als Teil der ärztlichen Betreuung für die Zeit der Schwangerschaft und Mutterschaft. Nach den „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)" sollen Ärzte die Schwangere umfassend untersuchen und beraten. Hierzu können auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kinder gehören. Die Bundesregierung wird eine klarstellende Regelung im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 15 – Artikel 1 Nummer 15 (§ 26 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Die Forderung des Bundesrates, die im Rahmen der ärztlichen Beratung vorgesehene Information zu regionalen Unterstützungsangeboten auch auf Angebote nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch und im Bereich der Frühen

Hilfen auszudehnen, ist mit der vorgesehenen Neuregelung des § 26 Absatz 1 SGB V bereits umgesetzt, soweit dies im Kontext der medizinischen Kinderuntersuchungen angemessen ist. Die Intention des Bundesrates, eine verbesserte Verknüpfung der ärztlichen Kinderuntersuchungen mit gesundheitsbezogenen regionalen Hilfs- und Unterstützungsangeboten, wie Angeboten der Frühen Hilfen, zu erreichen, wird von der Bundesregierung geteilt. Daher ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass die Kinder- und Jugenduntersuchungen künftig auch eine auf die individuellen Risiken abgestimmte (primär)präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind beinhalten sollen. In der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 26 Absatz 1 SGB V-E werden explizit auch Angebote der Frühen Hilfen genannt.

Darüber hinaus haben BMG und BMFSFJ verabredet, die Voraussetzungen für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern.

Zu Nummer 16 – Artikel 1 Nummer 15 (§ 26 SGB V)

Nach Auffassung der Bundesregierung besteht mit Blick auf die in § 26 Absatz 1 SGB V-E vorgesehene präventionsorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche derzeit kein Bedarf für die vom Bundesrat angeregte, möglichst zeitnahe Novellierung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gemäß §§ 32 ff. des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Es bleibt vielmehr abzuwarten, ob nach Inkrafttreten der Neuregelung des § 26 Absatz 1 SGB V eine Erweiterung des Präventionsauftrags der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen noch zielführend ist.

Zu Nummer 17 und 18 – Artikel 1 Nummer 16 (§ 65a SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Die seitens des Bundesrates geforderte Regelung, wonach die Krankenkassen die Implementierung von betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen aktiv unterstützen sollen, ist aus Sicht der Bundesregierung nicht erforderlich. Mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen die Krankenkassen bereits nach geltender Rechtslage in ihrem Verantwortungsbereich Unternehmen bei der Etablierung und Implementierung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme. Die betriebliche Gesundheitsförderung gehört neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement zu den zentralen Bausteinen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne ihrer gesetzlichen Zielbeschreibung verfolgen schwerpunktmäßig keinen verhaltensbezogenen Ansatz und beschränken sich nicht auf Einzelinitiativen. Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne des geltenden § 20a SGB V ist vielmehr ein Prozess, in dem – jeweils unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen im Betrieb – die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben ist, daraus Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu entwickeln sind sowie deren Umsetzung zu unterstützen ist. Der Gesetzentwurf sieht in § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V-E vor, dass die Krankenkassen zukünftig mindestens 2 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen und gemäß § 20b Absatz 3 und 4 SGB V-E den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten sollen. Durch weitere Maßnahmen, wie die in § 20b Absatz 1 SGB V-E vorgesehene engere Abstimmung der Leistungen von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern, die stärkere Einbeziehung der Betriebsärzte sowie die Berücksichtigung der Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie soll zudem die betriebliche Gesundheitsförderung enger mit dem Arbeitsschutz verknüpft werden. Mit diesen Maßnahmen trägt der Gesetzentwurf zugleich dem in der Prüfbite des Bundesrates zum Ausdruck kommenden Anliegen Rechnung, einen ganzheitlichen Gesundheitsschutz bei der Arbeit zu fördern.

Zu Nummer 19 – Artikel 5 Nummer 2 (§ 45 Absatz 2 Satz 2 SGB VIII)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Die Bundesregierung verfolgt mit der in § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB VIII-E vorgesehenen Einfügung das Ziel, gesundheitsförderliche Strukturen in Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, zu stärken. Diese Stärkung erfordert eine Klärstellung des entsprechenden Auftrags zur Verhältnisprävention an die Einrichtungsträger, der bislang weder in § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB VIII noch in §§ 22, 22a SGB VIII ausdrücklich geregelt ist.

Soweit der Bundesrat insbesondere auf die in § 45 Absatz Satz 2 Nummer 2 SGB VIII genannte gesundheitliche Vorsorge verweist, ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei lediglich um ein Negativkriterium für die Gewährleistung des Kindeswohls handelt. Sofern die gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung der Kin-

der und Jugendlichen in der Einrichtung „nicht erschwert“ werden, ist danach von der Gewährleistung des Kindeswohls auszugehen. Zielrichtung dieses mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz – KICK) aus dem Jahr 2005 eingeführten Kriteriums ist somit nicht die aktive Unterstützung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in der Einrichtung. Der Begründung des Gesetzentwurfs ist vielmehr zu entnehmen, dass die in § 45 Absatz 2 Satz 2 SGB VIII genannten Kriterien für die Gewährleistung des Kindeswohls zur Wahrung des Integrationsgedankens in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe eingeführt wurden (vgl. BT-Drucksache 15/5616, S. 26, und BT-Drucksache 15/4158, S. 6). Verhindert werden sollte damit etwa auch eine systematische Erschwerung von Maßnahmen zur medizinischen Versorgung aus weltanschaulichen oder religiösen Gründen (vgl. Kunkel, Kommentar zum SGB VIII, 5. Auflage 2014, § 45, Rn. 33).

Zu Nummer 20 – Artikel 6 Nummer 1 (§ 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 5 Absatz 1 SGB XI-E bedeutet nicht, dass die Erbringung von Präventionsleistungen für Pflegebedürftige auf stationäre Einrichtungen beschränkt würde. In der Pflegeversicherung gilt der Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege (§ 3 SGB XI). Die Leistungen der Pflegeversicherung zielen darauf ab, dass Pflegebedürftige möglichst lange ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu Hause führen können. Sie haben insoweit präventiven Charakter. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen zur häuslichen Pflege zum 1. Januar 2015 um rund 1,4 Milliarden Euro ausgeweitet. Pflegebedürftige, die zu Hause leben, können zudem Präventionsangebote der Krankenkassen in Anspruch nehmen. Dasselbe gilt für ihre Angehörigen. Es ist daher sachgerecht, dass im Gesetzentwurf in § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI-E eine spezielle Präventionsleistung der Pflegekassen für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen wird.

Zu Nummer 21 – Artikel 6 Nummer 1 (§ 5 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu, da eine Gegenfinanzierung für die mit der vom Bundesrat geforderten Anhebung des Ausgabenrichtwerts für Leistungen der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen verbundenen Mehrausgaben nicht ersichtlich ist und damit der Spielraum für die Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung beim Übergang auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verringert würde.

Zu Nummer 22 – Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe c – neu – (§ 18 Absatz 8 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

§ 18 Absatz 1 SGB XI-E sieht vor, dass Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine Aussage dazu erhalten, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V-E besteht („Präventionsempfehlung“). Die Beratung darüber, welche Präventionsleistung im Einzelfall geeignet und erforderlich ist, hat sodann durch die Krankenkasse als zuständiger Leistungsträger zu erfolgen. Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen einschließlich Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention bereits in § 7a SGB XI gesetzlich verankert ist. Dieser Anspruch auf Pflegeberatung besteht gemäß § 7a Absatz 1 Satz 8 SGB XI unabhängig von der Feststellung von Pflegebedürftigkeit auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Soweit der Vorschlag des Bundesrates darauf gerichtet ist, eine Beratungspflicht der zuständigen Leistungsträger über Präventionsleistungen darüber hinaus auch in § 18 Absatz 8 SGB XI vorzusehen, ist daher kein Regelungsbedarf erkennbar.

Zu Nummer 23 – Artikel 8 (§ 34 Absatz 10a IfSG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates einschließlich der Möglichkeit der Festlegung eines bundeseinheitlichen Mindeststandards für den zu erbringenden Nachweis der erfolgten Impfberatung im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 24 – Artikel 11a – neu – (§ 192 Absatz 1a – neu – VVG)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu.

Unternehmen der privaten Krankenversicherung bieten keine Behandlungsleistungen an; sie erstatten lediglich Aufwendungen im Einzelfall, und zwar auf der Grundlage eines schuldrechtlichen Vertrages. Die vorgeschlagene

Regelung wäre mit der Systematik des § 192 VVG nicht vereinbar. Eine Regelung des Sachverhalts im Versicherungsvertragsgesetz kommt deswegen nicht in Betracht. Im Übrigen wäre darzulegen, unter welchen Voraussetzungen („soll“) die Versicherer von einem entsprechenden Angebot absehen können. Ein Zwang für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Erbringung primärpräventiver Leistungen würde einen Eingriff in die Berufsausübungs- und Vertragsfreiheit bedeuten und bedürfte daher nach Auffassung der Bundesregierung einer vertieften verfassungsrechtlichen Prüfung.

Zu Nummer 25 und 26 – Zum Gesetzentwurf insgesamt

Nach Ansicht der Bundesregierung trägt der Gesetzentwurf der Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Ernährung hinreichend Rechnung. Zu berücksichtigen ist, dass der Gesetzentwurf einen krankheitsübergreifenden Ansatz verfolgt. Indem die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt und die Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen präventionsorientiert weiterentwickelt werden, soll noch frühzeitiger und wirksamer denjenigen Risikofaktoren (wie unausgewogene Ernährung, aber auch Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und chronischer Stress) vorgebeugt werden, die für die Entstehung zahlreicher chronischer Krankheiten – insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs – ursächlich sein können. Die Förderung gesunder Ernährung ist damit ein zentrales Handlungsfeld des Gesetzentwurfs.

Im Einzelnen sieht der Gesetzentwurf über die bereits in der Gegenäußerung zu Nummer 3 Buchstabe b genannten Regelungen hinaus vor, dass die Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen nach § 26 Absatz 1 SGB V-E und bei Erwachsenen nach § 25 Absatz 1 SGB V-E zukünftig verstärkt auch gesundheitliche Belastungen und Risiken erfassen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung beinhalten. Auf dieser Grundlage können die Ärztinnen und Ärzte individuelle Leistungen zur Primärprävention empfehlen, wie etwa die im Gesetzentwurf für die Gesundheitsuntersuchungen bei Erwachsenen ausdrücklich genannten Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Vorgesehen ist ferner die Einführung einer neuen Präventionsleistung der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI-E, mit der u. a. auch Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung unterstützt werden sollen.

Soweit der Bundesrat darüber hinaus eine stärkere Fokussierung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Verhältnisprävention zur Unterstützung einer ausgewogenen Ernährungsweise anregt, ist diese aus Sicht der Bundesregierung nicht erforderlich. Entgegen der Annahme des Bundesrates verfolgen weder die nach geltender Rechtslage erbrachten Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung noch die darauf aufbauenden Regelungen im Gesetzentwurf zur Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung einen fast ausschließlich verhaltenspräventiven Ansatz. Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne des geltenden § 20a SGB V versteht sich bereits als partizipativ angelegter Prozess mit verschiedenen Elementen (vgl. Stellungnahme zu Nummer 17 und Nummer 18). In Konkretisierung des gesetzlichen Auftrags zur Erbringung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sieht der Leitfadene Prävention des GKV-Spitzenverbands, der die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbindlich festlegt, vor, dass sich die Maßnahmen der Krankenkassen gleichermaßen an den Betrieb als Organisation (Verhältnisprävention) und an die einzelnen Beschäftigten (Verhaltensprävention) richten. Dementsprechend handelte es sich ausweislich des aktuellen Präventionsberichts des GKV-Spitzenverbands und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch im Berichtsjahr 2013 bei der überwiegenden Zahl der mit Unterstützung der Krankenkassen durchgeführten Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung um Kombinationsangebote, die sowohl auf die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen gerichtet waren als auch Aktivitäten zur Förderung eines gesunden Lebensstils umfassten. Dabei dienten 35 Prozent der 2013 mit Unterstützung der Krankenkassen durchgeführten Maßnahmen der Förderung einer gesundheitsgerechten Verpflegung im Arbeitsalltag.

Mit Blick auf die Kritik des Bundesrates, dass der Gesetzentwurf das Gesundheitsförderungspotential während des Zeitraums vor und nach der Geburt zu wenig berücksichtige, weist die Bundesregierung auf die vorgesehene Neuregelung des § 26 Absatz 1 SGB V hin, wonach Eltern ausführlicher als bisher und vorausschauender zur körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung des Kindes sowie zum Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen und Risiken beraten werden sollen. Die auf dieser Grundlage von den Ärztinnen und Ärzten empfohlenen Leistungen zur primären Prävention können sich insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter auch an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf mit der Erweiterung des Leistungszeitraums bei der Gewährung von Hebammenleistungen nach § 24d SGB V-E eine

weitere Maßnahme zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Zeitraum nach der Geburt. Ferner ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ unter Beteiligung aller relevanter Gruppen 2013 mit der Erarbeitung des Teilziels „Gesundheit rund um die Geburt“ begonnen hat, das nach Beschlussfassung in das in § 20 Absatz 3 Nummer 4 SGB V-E genannte Gesundheitsziel „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ integriert werden soll.

Schließlich erkennt die Bundesregierung auch keinen Bedarf für die vom Bundesrat angeregte stärkere Erwähnung des Ansatzes der Stadtteilarbeit in Bezirken mit einem hohen Anteil von Menschen mit sozialer Benachteiligung. Diesem Ansatz wird durch die in § 20a SGB V-E geregelten Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten hinreichend Rechnung getragen. Mit diesen Leistungen können gerade auch Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf erreicht werden, die seltener individuelle Präventionsangebote wahrnehmen, die aber häufig einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen beziehungsweise ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V-E sind deshalb besonders gut geeignet, um zur Erreichung des in § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V-E beschriebenen Ziels der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Darüber hinaus ist der Stadtteil von der Legaldefinition der nichtbetrieblichen Lebenswelten nach § 20a Absatz 1 SGB V-E als ein für die Gesundheit bedeutsames, abgrenzbares soziales System des Wohnens umfasst. Die Begründung des Regierungsentwurfs zu § 20a SGB V-E erwähnt ausdrücklich die Lebenswelt „Kommune/Stadtteil“ (vgl. BR-Drucksache 640/14, S. 35). Gerade die Stadtteilarbeit, etwa im Rahmen der quartiersbezogenen Förderung des Städtebauförderungsprogramms „Soziale Stadt“, bietet Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen.

